

# Samhandling og verdighet

**- om relasjonen mellom hjelper og mottaker i  
hjemmesykepleien**

Ragnhild Lerø



15. mars 2006

Masteroppgave i Sosiologi  
Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi  
Det samfunnsvitenskapelige fakultet  
Universitetet i Oslo



# Takk

Først og fremst vil jeg takke arbeidslaget som lot meg være tilstede hos dem både tidlig og sent i en måned. Jeg håper denne oppgaven kan være til glede for dere. Jeg vil også takke de hjelpemottakerne jeg besøkte. Takk for at jeg fikk komme inn, og at dere delte deres opplevelser med meg. Det var ingen selvfølge.

Jeg vil spesielt takke min hovedveileder Reidun Norvoll. Du har gitt gode og interessante innspill hele veien, samtidig som du har vært opptatt av å beholde mitt særpreg i oppgaven. Ditt engasjement har gjort skriving av oppgaven til en god opplevelse. En takk rettes også til biveileder Dag Album for konstruktive spørsmål og kommentarer. Tre hjelpsomme sosiologer må også nevnes: Anders Cameron har vært en unik støtte i utformingen av oppgaven, Mia Vabø og Eli Kvamme ga nyttige og inspirerende bidrag da oppgaven enda var i startgropa.

Å skrive oppgave i ett år kan være ganske ensomt, og da hjelper det å ha gode mennesker rundt seg. Takk til Kirsti, Mari, mamma og pappa for deres interesse og stor hjelp på veien. Takk til den gode sosiologigjengen, spesielt Laila, Mari og Marit, for å gjøre det så hyggelig å være på Blindern dag ut og dag inn. Jeg vil også takke Else Margrethe for at du har gjort studietiden styrkende på mer enn faglig kunnskap.

Til sist vil jeg takke hjelpere og mottakere på Haslum arbeidslag. Som ekstravakt hos dere har jeg fått kjenne på og lært om verdighet og krenkelse. Uten deres berikelse hadde dette aldri blitt en oppgave.

Blindern, mars 2006

Ragnhild Lerø

## Sammendrag

Denne oppgaven handler om relasjonen mellom hjelper og mottaker i hjemmesykepleien. Jeg har ønsket å vite noe om hvordan partene uttrykker seg, og hva de gjør for å skape en gjensidig verdig samhandling. Jeg har også sett på hvilke strategier de tar i bruk for å beskytte sin egen og den andres selvfølelse.

For å finne ut av dette gjennomførte jeg en måneds feltarbeid ved et arbeidslag i hjemmetjenesten i Oslo. Hoveddelen av datamaterialet består av observasjoner av møter mellom hjelper og mottaker av hjemmesykepleie. Jeg har også gjennomført noen intervjuer og deltatt på de ansattes daglige rapportmøter.

Mitt teoretiske grunnlag har vært Erving Goffmans teori om samhandling. Han beskriver situasjoner, og er opptatt av de symbolske betydninger som ligger i samhandlinger mellom aktører. Viktigst er begrepet ”verdighet”, og hvordan verdighet formidles mellom aktørene i samhandling. I tillegg har jeg tatt i bruk Goffmans teori om institusjonalisering og sett hjemmesykepleien i forhold til dette. For å knytte an til det feltet jeg har studert, har jeg også tatt i bruk begreper som ”hjelp”, ”omsorg” og ”paternalisme”.

Jeg fant at både hjelpere og mottakere prøvde å formidle sine verdige selv, samtidig som de prøvde å formidle verdighet til den andre. Flere mottakere viste tydelig at de verdsatte relasjonen de hadde til helperne, og formidlet stor nærhet både til den enkelte pleier og hjemmesykepleien som helhet. De fulgte samtidig samtalekonvensjoner som til dels skapte en formell og distansert tone. Oppgaven belyser videre hvilke utfordringer helperne møtte i formidling av verdighet, spesielt når de måtte trå over brukernes personlige grenser og på den måten truet deres selvfølelse.

I oppgavens andre analysedel ser jeg på hvilke verdighetsstrategier mottakerne og helperne tok i bruk i møte med hverandre. Jeg forstår verdighetsstrategiene som en måte å beskytte seg selv og den andre mot krenkelser. Pasientene viste ulike holdninger til personalet og til å motta hjelp. Mange av pasientene var opptatt av å vise takknemlighet og glede over å motta hjelp, samtidig som flere også kunne utvise en distansert og kritisk holdning til helperne. Jeg viser hvordan helperens handlinger kan forstås som strategier de tar i bruk for å beskytte seg

selv og den andre. De sto ofte overfor konflikter mellom å yte hjelp og beskytte seg selv, og viste ulike måter å håndtere dette på.

Jeg konkluderer med at hjelper og mottaker følger samhandlingsregler og sammen jobber for å skape en verdig samhandling. De støter imidlertid på problemer fordi konvensjonene på området ofte er uklare, og fordi møtene innebærer å overskride personlige og tabubelagte grenser. Verdighetsstrategiene kan skape verdige samhandlinger, samtidig som de også virker som en trussel mot dem. Verdighetsformidlingen blir derfor kompleks og utfordrende for hjelper og mottaker.

# Innhold

<b>TAKK .....</b>	<b>III</b>
<b>SAMMENDRAG .....</b>	<b>IV</b>
<b>INNHold .....</b>	<b>VI</b>
<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
TIDLIGERE FORSKNING PÅ HJEMMESYKEPLEIE .....	2
MED FOKUS PÅ SAMHANDLING .....	4
<b>2. ORGANISERING OG SÆRTREKK VED HJEMMESYKEPLEIEN .....</b>	<b>6</b>
HJEMMESYKEPLEIEN I OSLO .....	6
BEGREPER I HJEMMESYKEPLEIEN .....	6
DER ENDENE MØTES – BEGYNNELSEN OG SLUTTEN PÅ ARBEIDSDAGEN .....	8
MØTET MELLOM ANSATTE OG BRUKERE .....	9
<i>Møtenes struktur</i> .....	9
<i>Relasjoner</i> .....	9
<i>Bak kulissene og grensene</i> .....	11
<i>Mellom institusjon og frihet</i> .....	12
PROBLEMSTILLING .....	14
OPPGAVENS OPPBYGNING .....	15
<b>3. METODISKE REFLEKSJONER .....</b>	<b>16</b>
FELTARBEID .....	16
FREM GANGSMÅTE .....	16
<i>Tilgang</i> .....	17
<i>Søknader</i> .....	17
<i>Hjemmebesøk – koordinering på høyt nivå</i> .....	17
<i>Informert samtykke</i> .....	18
<i>Utvalg</i> .....	19
FORHOLD TIL FELTET .....	20
<i>Min posisjon</i> .....	20
<i>På hjemmebesøk - ingen flue på veggen</i> .....	21
<i>Forhold til de ansatte</i> .....	23
<i>Forhold til brukerne</i> .....	24
ORGANISERING AV MATERIALET .....	26
<i>Anonymisering</i> .....	26
<i>Analyse og skriving av oppgaven</i> .....	27
VURDERINGER .....	28
<i>Prosjektets styrker og svakheter</i> .....	28
<i>En oppgave om de mange og de få</i> .....	28
OPPSUMMERING .....	29
<b>4. TEORETISKE FORUTSETNINGER .....</b>	<b>30</b>
GOFFMANS TEORI OM SELVET .....	30
BEGREPSAVKLARINGER .....	32
<i>Situasjoner og rammer</i> .....	32

<i>Regler</i> .....	33
<i>Verdighet og krenkelse</i> .....	34
<i>Autentisitet og umiddelbarhet</i> .....	38
<i>Hjelp</i> .....	40
<i>Omsorg</i> .....	40
<i>Paternalisme og autonomi</i> .....	41
FRA TEORI TIL EMPIRI .....	41
<b>5. DEN VERDIGE SAMHANDLING</b> .....	<b>43</b>
<i>Bruk av navn</i> .....	43
<i>Sosial status og presentasjonsritualer</i> .....	46
<i>Måter å samtale på</i> .....	48
<i>Alminnelige samtaletemaer</i> .....	52
<i>Personlige samtaletemaer og opplevelse av nærhet</i> .....	54
<i>Tiden som kilde til krenkelse og verdighet</i> .....	57
<i>Samtaler om kroppen</i> .....	59
<i>Kontroll over kropp og hjem</i> .....	63
OPPSUMMERING .....	68
<b>6. VERDIGHETSSTRATEGIER</b> .....	<b>69</b>
PASIENTENES VERDIGHETSSTRATEGIER .....	69
<i>Takknemlighet</i> .....	70
<i>Distanse</i> .....	72
<i>Kritikk</i> .....	75
<i>Resignasjon</i> .....	77
<i>Lært hjelpeløshet?</i> .....	79
<i>Å være pasient fullt ut</i> .....	82
DE ANSATTES VERDIGHETSSTRATEGIER .....	85
<i>Eksperter</i> .....	85
<i>De flinke og de selvoppofrende</i> .....	87
<i>De omsorgsfulle</i> .....	90
<i>Tvetydig omsorg</i> .....	92
<i>Ignoranse</i> .....	94
OPPSUMMERING .....	96
<b>7. AVSLUTNING</b> .....	<b>98</b>
<i>Verdighetsstrategier versus verdighetsformidling?</i> .....	98
<i>Samhandling og verdighet i Goffmans perspektiv</i> .....	98
<i>Fremtidig forskning</i> .....	100
<i>Hva kan oppgaven brukes til?</i> .....	101
<b>REFERANSELISTE</b> .....	<b>103</b>
<b>VEDLEGG</b> .....	<b>111</b>
<i>Vedlegg 1: Godkjenning fra REK</i> .....	111
<i>Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD</i> .....	113
<i>Vedlegg 3: Informasjonsbrev og samtykkeerklæring til ansatte</i> .....	115
<i>Vedlegg 4: Informasjonsbrev og samtykkeerklæring til brukere</i> .....	118
<i>Vedlegg 5: Intervjuguide til brukere</i> .....	121





# 1. Innledning

- Jeg skriver om verdighet i hjemmesykepleien
- Å, det er bra altså. Man hører jo om folk som blir liggende og dør i sitt eget hjem!

Når man jobber med en oppgave, kan man få mange uventede reaksjoner fra folk man møter. Kanskje burde jeg ha forventet denne. I de siste årene er det blitt skrevet mye i dagspressen om uverdige forhold i helse- og omsorgssektoren (se for eksempel Aftenposten 20.12.2005, VG 11.3.2003, Dagbladet 17.8.2005). Det har spesielt vært rettet oppmerksomhet mot eldre og syke som ikke har fått den hjelpen de trenger og har krav på. En annen side ved hjemmesykepleien har også vært fremtredende i media. Begrepet ”stoppeklokken” kom opp i forbindelse med de ansattes motstand mot stadig større tidspress i hjemmetjenesten (se for eksempel Aftenposten 12.6.2005, Fædrelandsvennen 17.19.2005). Heldigvis er hjemmesykepleien mer enn dette.

Den kommunale hjemmetjenesten ble så å si «oppfunnet» i 1960-årene. Tanken var å hjelpe folk på deres egne premisser, slik at de kunne unngå institusjonslivet (Vabø 1998: 11). Siden den tid har hjemmetjenesten vært en del av det skandinaviske velferdssystemet. I tiden 1992-2000 var 26 % av befolkningen over 67 år mottakere av denne tjenesten. Personer over 67 år utgjorde 76 % av de som mottok hjemmetjenester (SSB 2002<sup>1</sup>). Det er de eldre mottakerne som inngår i denne studien.

Hjemmetjenesten kan deles inn i to kategorier: Det er hjemmesykepleie, som er utgangspunktet for denne oppgaven, og det er praktisk hjelp (hjemmehjelp). 48,5 % av tjenestemottakerne fikk hjemmesykepleie i tiden 1994-2000 (SSB 2001: 16<sup>2</sup>). Siden 1998 har hjemmesykepleie vært gratis for alle mottakere (SSB 2001: 9).

”Verdighet” beskriver den ukrenkelige verdi i å være menneske. Den er grunnlaget for tanken om likeverd – en tanke som står sterkt i vår kultur. Enighet om menneskets rett til et verdig liv, uavhengig av ytelser og sosial posisjon, danner blant annet basis for utviklingen av velferdsstaten. Sosiologen Erving Goffman har trukket verdighet frem som et tema for alminnelig samhandling. I flere av sine bidrag beskriver han mennesker som samarbeider for

---

<sup>1</sup> Omregnet fra andelstall

<sup>2</sup> Omregnet fra andelstall

å skape gjensidig verdighet. Hans teori og analyse viser hvordan sosiale møter kan bidra til å bekrefte menneskeverdet. Slik blir verdighet aktuelt for alle mennesker til enhver tid, også når gode livsbetingelser er ivaretatt.

Jeg har jobbet i hjemmesykepleien og har latt meg fascinere av samspillet mellom hjelper og mottaker. I motsetning til i institusjoner, er pleiemottakerne i sitt eget hjem og har således en større frihet. Samtidig må de akseptere at fremmede mennesker fysisk trer inn i deres private sfære, og ofte må trå over intime grenser. Hjelperne møter på sin side utfordringer både i beskyttelsen av pasientenes verdighet, og i arbeidet for selv å fremstå som verdig. Dette gjør at samhandling stilles overfor store utfordringer både for hjelper og mottaker.

Med en stadig større aldrende befolkning er det ingenting som tyder på at hjemmetjenesten vil bli mindre i løpet av årene, heller motsatt. Det er derfor viktig å se på en tjeneste som trolig vil spille en sentral rolle for mange i fremtiden.

### ***Tidligere forskning på hjemmesykepleie***

De klassiske sosiologiske studiene om sykdom og helse har vært institusjonsstudier, spesielt med utgangspunkt i sykehus (se for eksempel Freidson 1963, Glaser og Strauss 1965, Album 1996, Løchen 1965, Goffman 1967a). Det som gjør hjemmesykepleien unik, er at pleien foregår i mottakerens hjem, og at den ofte er langvarig. På grunn av en kraftig ekspansjon av denne sektoren de siste årene, har også den blitt gjenstand for forskning (se for eksempel Wærness og Thorsen 1999, Vabø 1998, Thorsen, Dahle og Vabø 2001, Lillestø 1998, Rasmussen 2000, Isaksen 2003). Det synes som om det i størst grad har vært skrevet om hjemmehjelp fremfor hjemmesykepleie, men tjenestene har også ofte blitt behandlet under ett. Jeg vil dele forskning på hjemmesykepleie i to retninger. Den ene knytter an til teorier om institusjoner. Britt Lillestø (1998) beskriver for eksempel hvordan funksjonshemmede hjelpemottakere<sup>3</sup> stadig opplever å bli krenket av pleierne, og hun har tatt i bruk litteratur om institusjoner for å belyse disse opplevelsene.

---

<sup>3</sup> Utgangspunktet til Lillestø er funksjonshemmedes opplevelse av hjemmesykepleien. Hun har intervjuet både yngre og eldre mottakere.

Den andre retningen som blant annet Kari Wærness er representant for, har vært mer opptatt av å kritisere hjemmesykepleiens organisering. Disse forfatterne har vektlagt hvordan omsorg blir fraværende eller krenkende under en økonomisk tankegang og innstramninger i tjenesten (se også Morgenbladet 2006, nr. 2). Enkelte har sett på hvordan introduksjonen av ”brukere” fremfor ”pasienter” har bidratt til å forsterke denne tendensen (Wærness og Thorsen 1999, Vabø 1998, Thorsen, Dahle og Vabø 2001). Denne inndelingen omfatter trolig ikke all forskning gjort på hjemmesykepleie, men det synes å inkludere hovedtendensene i materialet jeg har benyttet.

Temaer knyttet til ”verdighet” og ”krenkelse” er velkjente innen sykepleieprofesjonen og helsesektoren generelt, og vi finner det igjen i litteraturen om hjemmesykepleien. Dette er også sentrale begreper i denne oppgaven. Jeg mener det er viktig å studere disse begrepene fordi de kan ha nytteverdi for dem som stadig møter slike utfordringer i sin hverdag. Dette gjelder både hjemmesykepleien og andre arenaer der mennesker møter verdighetsproblematikk. Selv om tematikken er kjent, skiller mitt bidrag seg likevel fra tidligere måter å studere hjemmesykepleien på. Mitt hovedanliggende har ikke vært å rette et kritisk blikk mot hjemmesykepleiens organisering, men jeg har forsøkt å se på systemet og begrensningene som kontekst for samhandling. Jeg vil tydeliggjøre hvilke utfordringer hjelper og mottaker møter i hjemmesykepleien, samtidig som jeg vil vise hvordan de løser eller forsøker å løse utfordringer knyttet til verdighet og krenkelse.

Dag Album (1996: 13ff) omtaler en type pasientsentrert forskning, som vektlegger pasientenes forståelse og opplevelse av egen sykdom. Denne retningen er velkjent innen medisinsk antropologi og sosiologi (Album 1996: 15). Roland Svensson hevder imidlertid at medisinsk-sosiologisk forskning i liten grad har klart å skape et bilde av en aktiv pasient (1998: 137). Jeg tolker hans utsagn slik at det har vært forsket på pasientens egen forståelse og oppfatning av seg selv og sin situasjon, men at det i liten grad er blitt sett på pasientenes bidrag til samhandlingen. Dette mener jeg kan være en følge av at forskningen har vært rettet mot å se på systemet og personalets makt, fremfor pasientenes bidrag og påvirkning i møtet mellom profesjonell og klient. Dette vil begrunnes ytterligere under neste punkt.

## ***Med fokus på samhandling***

Helse og sykdom har ofte blitt studert i et samhandlingsperspektiv. Goffman brukte blant annet sykehus for å utvikle og begrunne sine teorier. Innen norsk forskning har blant annet Dag Album (1996) skrevet *Nære fremmede*, som er en avhandling om hvordan pasienter forholder seg til hverandre på sykehus. Aagot Elise Storvik (1996) har skrevet en doktoravhandling basert på observasjon og lydopptak av møtet mellom lege og pasient på legekontoret, og Anders Prydz Cameron (2005) har skrevet om møtet mellom legestudenter og pasienter på sykehus. I hovedoppgaven *Med Goffman på sykehjem*, skildrer Tonje Houg (1992) pasientenes verdighetsarbeid i en institusjon der symbolmarkører og autonomi er svekket. Disse forfatterne bygger alle på Goffmans teorier om samhandling, og min oppgave vil også følge en slik teoretisk tilnærming.

Goffmans (1967a) essay *The Nature of Deference and Demeanor* står som det viktigste teoretiske grunnlaget for denne oppgaven. Her beskriver Goffman samhandlingens rituelle karakter. Han viser at aktører tar i bruk seremonier for å vise den andre aktelse, og for selv å fremstå som verdig. Det er likevel ikke slik at de samme handlingene er passende i alle situasjoner. Konteksten skaper muligheter og begrensninger for handling, og seremonier for verdighet vil få ulike uttrykk i ulike situasjoner. Goffman understreker hvordan situasjoner stadig skifter karakter, og at hvilke handlinger som er passende endrer seg deretter.

Det er imidlertid ikke alltid like lett å opptre med verdighet og vise det overfor andre. Dette krever årvåkne aktører som må lese situasjonen riktig, og skjønne hvordan de skal opptre. Enkeltmenneskets møte med "systemet" innebærer også muligheter for krenkelser. Det asymmetriske forholdet i å gi og få hjelp åpner for en tilleggsproblematikk rundt opprettholdelse og formidling av verdighet. Goffman har skrevet mye om samhandling generelt, men også spesielt om hva som skjer når mennesker blir underlagt store handlingsbegrensninger i totale institusjoner (se for eksempel Goffman 1967a og b).

Hjemmesykepleien kan sies å stå i spenningsfeltet mellom hjemmets frihet og institusjonens kontroll. Dette skaper usikkerhet rundt hva slags situasjon som skapes og hvilke regler som skal følges. Hjemmesykepleien synes derfor som en god arena for å se på verdighetsproblematikk. På grunn av Goffmans beskrivelse av samhandling i og utenfor institusjoner,

har hans teori og begreper dannet basis for denne oppgaven. Jeg vil også rette oppmerksomhet mot de enkelte aktører, og beskriver verdighet som en individuell følelse i større grad enn det Goffman har gjort.

I sosiologien, og spesielt i fagets analyse av forholdet mellom profesjonell og pasient, har det vært vanlig å trekke inn makt for å forklare den profesjonelles mulighet til å definere og avgjøre hvilken relasjon de skal ha til pasienten. Maktbegrepet er vidt og betraktes som noe som kan opptre i mange former. Tidligere litteratur om hjemmesykepleien har pekt på makt både som intensjonell og som uintentert fra aktører og systemer (Lillestø 1998). Når jeg likevel har valgt å ikke bruke maktbegrepet direkte, er det fordi dette kan forskyve oppmerksomheten mot et konfliktperspektiv, noe som ikke er ønsket i denne oppgaven. Maktaspekter kan være viktige, men jeg er mer opptatt av å se på verdighet og krenkelse som en uunngåelig problematikk i hjemmesykepleien. I denne sammenhengen vil jeg se på hvordan partene jobber for å fremstå med og formidle verdighet.

## **2. Organisering og særtrekk ved hjemmesykepleien**

Før jeg presenterer problemstillingen, ønsker jeg å klargjøre noen sentrale begreper og gi en innføring i hvordan hjemmesykepleien er organisert. Jeg vil også vise hvordan disse betingelsene preger samværsformen til ansatte og brukere. Dette er nødvendig fordi organiseringen og særtrekkene i hjemmesykepleien utgjør grunnlaget for min problemstilling og oppgaven som helhet.

### ***Hjemmesykepleien i Oslo***

For å få innvilget hjemmesykepleie, tar man kontakt med søknadskontoret i bydelen. De kommer så på vurderingsbesøk og gjør vedtak for hvilke tjenester personen skal motta. Oslo kommune beskriver at *”Tjenesten kan omfatte sårbehandling, pleie, medikamenthåndtering osv.”* (Oslo kommune 2005). Mitt inntrykk var at stell, mat og medisiner utgjorde størstedelen av det mottakerne fikk hjelp til. Lengden på besøkene kunne variere fra fem minutter til halvannen time.

Oslo er delt inn i 15 bydeler, som igjen er inndelt i flere geografiske soner. De som betjener disse sonene blir kalt arbeidslag, og det var ved et av disse arbeidslagene jeg gjorde mitt feltarbeid. Både ekstravakter og faste ansatte var en del av arbeidslaget. De utførte hjemmesykepleieoppdrag eller hjemmehjelpsoppdrag, eller en blanding av disse to. Hjemmehjelpsoppgavene er brukerbetalte tjenester, som husvask og handling, og er utelukket fra min studie. Arbeidslaget hadde en leder med ansvar for personalet, organisering av turnus og økonomi. I tillegg hadde de en tjenesterådgiver som fungerte mer som faglig ressurs og veileder for de ansatte. Hun fordelte de ansattes oppdrag og hadde kontakt med brukerne.

### ***Begreper i hjemmesykepleien***

Ansatte i hjemmesykepleien består av sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og ufaglærte. Alle yrkesgruppene var representert ved dette arbeidslaget, bortsett fra omsorgsarbeidere. Jeg kaller de ansatte for ”hjelpere”, ”pleiere” og ”ansatte”. Der jeg skiller i forhold til utdannelse, vil jeg gjøre oppmerksom på det.

”Brukere” har blitt en svært vanlig betegnelse på mottakerne av hjemmesykepleien (Kvamme 2002: 2, Sosial og helsedepartementet 1995). Opprinnelig hadde jeg tenkt å omtale dem kun som ”brukere”. Under feltarbeidet fant jeg imidlertid at de ansatte kalte dem både ”brukere” og ”pasienter”. Jeg vil derfor variere betegnelse etter hvordan det faller seg naturlig. Jeg vil også benytte betegnelsen ”mottaker” som motsats til ”hjelper”.

”Oppdraget” betegner de skriftlige instruksjonene de ansatte hadde med seg på hjemmebesøk. I oppdraget står navn og adresse, og hvilke oppgaver som skulle utføres i hjemmet. I tillegg står tidspunkt for besøk og estimert tidsbruk. Det kan også stå noen kommentarer om diagnose og om det er noe spesielt å ta hensyn til, for eksempel at ”(brukeren) *bør oppmuntres til å gjøre mest mulig selv*”.

”Vedtaket” er brukernes beskrivelse av hva de skal få hjelp til. De kan for eksempel ”få vedtak” på middagslaging og dusj en gang i uken. Dersom en bruker blir dårligere, kan de få en ny vurdering og et nytt vedtak. Det er søknadskontoret som er ansvarlig for dette, og brukeren selv og alle som har tilknytning til vedkommende, for eksempel familie, lege eller nabo, kan kontakte søknadskontoret for ny vurdering. Brukerne får også en brosjyre om hva de kan forvente av hjemmesykepleien, og hva hjemmesykepleien krever av dem. Mottakerne kan kreve respekt og god behandling fra de ansatte, men de har ingen mulighet til å bestemme hvilket kjønn eller nasjonalitet hjelperen skal ha. Hjemmesykepleien forplikter seg også til å gi beskjed til brukerne dersom de er mye forsinket<sup>4</sup>.

Dersom pleierne ikke snakker om innholdet i oppdragene, blir de gjerne klassifisert som ”besøk”. ”Besøk” ble ikke brukt i tradisjonell forstand, som ”hvem man skal på besøk til”. Det er snakk om besøk man *har*. Et typisk utsagn kunne være: ”*jeg har tre besøk igjen*”. Jeg hadde imidlertid en opplevelse av at jeg *var* på besøk hos brukerne, og har derfor brukt denne betegnelsen på observasjonene i brukernes hjem.

---

<sup>4</sup> De skal si ifra dersom tiden blir forskjøvet mer enn en time

## ***Der endene møtes – begynnelsen og slutten på arbeidsdagen***

Hver morgen møtte de ansatte på arbeidslagskontoret. Stort sett visste de lite om hvem og hvor mange de skulle besøke. Tjenesterådgiveren fordelte hvem som skulle hvor, og de ansatte fikk en liste med oppdragene de skulle utføre den dagen. Dagen startet med morgenmøte. Der ble det gitt beskjeder, og det ble lest opp rapport fra helgen eller kvelden før. Dersom noen var syke, ble morgenmøtet også brukt til omfordeling av oppdrag. På dager med lite kapasitet, ble dusj og husvask avlyst. Noen ganger hjalp et annet arbeidslag til med noen besøk.

Stor arbeidsmengde og tidspress er ikke ukjent i hjemmesykepleien (Hofseth og Norvoll 2003, Vabø 1998, Kvamme 2000). Dette ble stadig tatt opp som et problem blant de ansatte. Et arbeidslag kan aldri si nei til å motta nye brukere. Det eneste de kan gjøre er å leie inn ekstra hjelp, men det burde av økonomiske grunner unngås. I travle tider gikk det ”i ett” for de ansatte. Ofte spurte jeg når de hadde tenkt å spise lunsj, og flere fortalte at de ikke satte seg ned før de var ferdig med alle besøkene. Det meste av dagen ble brukt ute med pasientene. Dette kunne imidlertid endre seg raskt. Dersom noen ressurskrevende pasienter ble innlagt på sykehus, førte det til at arbeids- og tidspresset umiddelbart ble redusert. De ansatte fortalte om perioder hvor arbeidsdagene var svært rolige.

De som hadde jobbet i helgen hadde lov til å være ekstra slitne og trøtte på rapporten på mandagen. Det ble gjerne spøk og latter rundt at de trengte kaffe og så trøtte ut<sup>5</sup>. Goffman (1992: 41) kaller denne typen oppførsel for ”negativ idealisering”. Det betyr at de ansatte skapte seremonier som bygget opp under at de var presset og hadde for mye å gjøre. Sverre Lysgaards *Arbeiderkollektivet* fra 1961 kan også gi et bilde av dette. På samme måte som arbeiderne sammen beskytter seg mot ledelsens og markedets krav, står pleierne i hjemmesykepleien mellom, og kjemper imot systemets og brukernes umettelige krav.

På slutten av dagen møttes de ansatte til nytt rapportmøte. Der gikk alle gjennom hvem de hadde vært hos, og fortalte om det hadde hendt noe spesielt. Dette var muligheten for de ansatte til å fortelle om hva de hadde opplevd, og hvordan de hadde løst ulike utfordringer.

---

<sup>5</sup> Eli Kvamme (2000) har i hovedoppgaven *Ærefullt arbeid og hellig trøtthet* beskrevet hvordan ansatte i hjemmetjenesten håndterte trøtthet. Hun fant at enkelte kunne bruke trøttheten som en måte å skape fellesskap og bekreftelse på at de var gode arbeidere.



Disse ble videre brukt til å diskutere hjelpebehov, hvem som burde få sykehjemsplass, og hvordan de for eksempel skulle overtale enkelte pasienter til å motta hjelp.

## ***Møtet mellom ansatte og brukere***

Den viktigste delen av denne oppgaven var observasjonene av møtene mellom hjelper og mottaker. Jeg vil her gi et innblikk i hva som kjennetegner møtene i hjemmesykepleien.

### **Møtenes struktur**

De ansatte jobber stort sett alene ute hos brukerne. Under observasjonene syntes pleiernes rutiner å være forholdsvis like, uavhengig av hvem som fikk hjelp. Brukerne var også vant til at besøkene fulgte de samme mønstrene. Her viser mottaker Reidun at hun antar hva hjelperen Kristine skal spørre om:

K: Skal jeg...

R: Nei takk. Jeg har mat i kjøleskapet som står klart.

K: Men skal jeg skru på tv-en til deg?

R: Ja, gjerne

Besøket ble startet med at de hilste på hverandre, og de gikk så i gang med det som skulle gjøres. Det ble stort sett snakket mens dette foregikk. Etter at oppdraget var utført, ble det sagt noen avsluttende ord før den ansatte gikk. Besøkene jeg var på varte mellom fem minutter og en drøy time.

Man kan si at det foregikk minst to aktiviteter under besøkene. Det ble snakket om løst og fast, og det ble utført et oppdrag. Disse aktivitetene ble vevet inn i hverandre. Det gjorde at rammen for samtalen stadig skiftet. Pleier og mottaker kunne bevege seg mellom å være hjelper og mottaker, høflige fremmede og fortrolige på kort tid. For eksempel fortalte en mann til pleieren under morgenstell at han var nervøs, og pleieren svarte: *"Du bekymrer deg for mye. Stort sett går allting greit og da har man bekymret seg unødige. Ta opp hodet. Ta opp hodet, ellers når jeg deg ikke"*.

### **Relasjoner**

De ansatte kom som sagt til pasientene med "oppdrag", der det sto forklart hva de skulle gjøre. Det sto imidlertid ikke *hvordan* de skulle forholde seg til hverandre. På sykehus har ansatte og de fleste pasienter uniform på seg, og de har få kjennetegn på sin identitet. De

symboler som er tilstede, er imidlertid sterke (Album 1996: 34f). I hjemmesykepleien har verken personalet eller hjelpemottakeren uniform. Siden møtet foregår i mottakerens eget hjem, gjør det dem symbolsterke, mens pleierne har mistet sitt profesjonssymbol. Mangelen på symboler understreket en uklarhet om hva hjelper og mottaker skulle være for hverandre. Spesielt gjaldt dette for de demente som ofte viste usikkerhet i forhold til hvem hjelperne var og hva de skulle gjøre. Dette viste seg for eksempel under et besøk hos pasienten Britt. Hun snakket i telefonen med tjenesterådgiveren (T):

T: Nå tror jeg vi må legge på.  
B: Men jeg skal få hjemmesykepleie  
T: Ja, det er en hos deg nå.  
B: Jeg skal få hjemmesykepleie hit.  
T: Ja, det er en hos deg nå.

De sa hadet, og hjelperen (H) kom inn i stuen.

B: Hun sier at jeg har hjemmesykepleie hos meg nå?  
H: Ja, jeg er hjemmesykepleie.

Hvilken relasjon hjelper og mottaker skulle ha til hverandre var også vanskelig å forstå for dem som visste hvem hjemmesykepleien var. En mottaker fortalte: *"Hjemmesykepleien tenker ikke på sånt (hvordan man skal motta hjemmesykepleie). Jeg hadde ikke fått noen råd fra noen, og det skulle jeg gjerne ha fått. Jeg hadde ikke fått vite noe om hvordan man forholder seg"*.

I motsetning til på sykehus, er pleien stort sett langvarig. Dette bidrar på sin side til at pleierne og mottakerne kan definere sitt forhold over tid. De brukere og ansatte som hadde lang fartstid innenfor tjenesten, formidlet mye kunnskap om hverandre og trakk det frem som en positiv side ved hjemmesykepleien.

Brukerne av hjemmesykepleie har svært ulike behov. Noe de har til felles, er at de trenger hjelp på en eller annen måte. Noen trenger hjelp til stell og mat, mens andre trenger en påminnelse om å ta medisinene. Det viste seg å være store forskjeller i hvor stor plass mottakerne ønsket at hjemmesykepleien skulle ha i deres liv. Enkelte var opptatt av den fysiske hjelpen de mottok, mens andre satte pris på og ønsket så mye kontakt som mulig. En informant uttrykte det slik: *"Jeg opplever en personlig kontakt. Det gjør at man likevel får sjelsro og livsmot"*.

## Bak kulissene og grensene

Å få og gi hjelp til stell, innebærer å bryte grenser for hva som er vanlig i møte med fremmede. I hjemmesykepleien trækker man over to terskler. For det første trer man inn i den andres hjem, og i mange tilfeller trækker man også innenfor de kroppslige grensene (Ellefsen og Romøren 1988: 76).

Goffman (1971) har introdusert begrepsparet frontstage og backstage. Dersom man tenker dagliglivet som et teater, vil den som er frontstage, på scenen, ha en viss kontroll med hva som skal vises frem og ikke. Backstage, bak kulissene, er vanligvis skjult for andre, og det er blant annet der aktøren kan forberede sin opptreden.

Man kan tenke seg scene og kulisser overført til det offentlige rom og det private hjem. På mange måter er det slik at det private foregår bak kulissene, og det er der vi forbereder oss til å tre ut i det offentlige rom. Samtidig trenger ikke et besøk i en annens hjem bety at man trer inn bak kulissene. Når man har besøk, gjør verten hjemmet om til scenen. Slik kan det også være i hjemmesykepleien. Samtidig må mottakerne ofte slippe hjemmesykepleien nærere enn vanlige gjester. Goffman beskriver hvordan hjemmet er lagt opp for å beskytte den personlige sfæren. Han forklarer for eksempel at soverommet stort sett er lagt til bakgrunnen, fordi det er et sted man ikke kan ha vanlig interaksjon med hverandre (Goffman 1992: 103). Hjemmesykepleien får ofte større fysisk tilgang bak kulissene, slik som kjøkkenet, badet og ikke minst soverommet.

Goffman er opptatt av de personlige grenser, og hvordan man unngår å trå andre for nær. Han definerer ”det personlige rom”, som viser til hvilke fysiske grenser rundt den enkelte som regnes som det personlige territoriet (2004: 161f). I hjemmesykepleien er pleierne ofte nødt til å trække over disse grensene i gjennomføring av sine oppdrag. Dette gjelder i størst grad hjelp til stell, men også andre forhold gjør at hjelperne må trå innenfor det personlige territoriet. Et eksempel var at de ansatte ofte måtte stå veldig nærme og snakke høyt inntil brukerens øre. I tillegg er ikke hjemmene alltid laget for å ha hjemmesykepleie tilstede. Der man på sykehjem og sykehus gjerne har bad med god plass til to, er dette svært varierende i brukernes hjem. Noen jeg observerte hos hadde små bad, og hjelperne måtte enkelte ganger klyve forbi pasienten hvis de skulle hente noe. De blir derfor bundet til å ha en annen standard for hva som er passende avstand.

Mange valgte å få hjelp av hjemmesykepleien for å klare seg best mulig, og for å fremstå med god opptreden overfor verden utenfor. Andre igjen ønsket minst mulig hjelp. De så på besøkene av hjemmesykepleien som en ubehagelig inntreden i deres privatsfære. For dem ble hjemmesykepleien forbundet med ufrihet.

### **Mellom institusjon og frihet**

Goffman (1967b) ledet an perspektiver på ”den totale institusjon<sup>6</sup>” som nedbrytende og krenkende for individet. Selv om hjemmesykepleie ikke kan sies å være en total institusjon, synes den samtidig å stå i spenning mellom institusjon og frihet. Tradisjonelt tenker vi pasienten i pleierens domene, i institusjonene. I hjemmesykepleien er institusjonen brakt inn i pasientens hjem. I forhold til sykehjem (som brukerne ofte så på som alternativet), har mottakerne større frihet i hjemmesykepleien. Hjelperen(e) er kun tilstede en liten del av døgnet - resten har brukerne selv kontroll over.

Hjemmesykepleien har likevel noen institusjonaliserende trekk. Det første eksempelet på dette er måten hjelperen kommer inn i den andres hjem på. Når man er på besøk hos noen til vanlig, er det stort sett verten som har privilegiet med å åpne døren og slippe inn gjesten. Siden de ansatte ofte har nøkkel, er det de som kontrollerer når og hvordan de skal komme inn. Slik bidrar de til den første definisjonen av situasjonen og trer inn i mottakerens privatsfære. Dette er et institusjonaliserende trekk, fordi det gir de ansatte større kontroll over mottakeren. På sykehjem, fengsel og andre institusjoner, har de ansatte mulighet til å tre inn i den ”institusjonalisertes” privatsfære når det passer dem.

På sykehjem er dagene stort sett lagt opp etter faste rutiner (Houg 1998: 54). I hjemmesykepleien var dette også tilfelle. For det første står det i oppdraget hvilket tidspunkt mottakeren skal få besøk, som hjelperne skal holde seg innenfor. Dersom hjelperen har vært hos mottakeren noen ganger, avtaler de ikke alt som skal gjøres, fordi besøket følger faste mønstre. Dette gjør at møtene kan bli tidseffektive, og de slipper å forhandle om alt som skal skje. Dette er også viktig for enkelte pasienter. Ved personlige svekkelser kan rutiner gjerne skape større trygghet (Houg 1998: 55).

---

<sup>6</sup> Goffman beskriver den totale institusjon som en idealtipe. Han definerer blant annet ”*hjem for blinde, gamle, forældreløse og fattige*” som en type total institusjon (Goffman 1967: 12). Et kjennetegn ved den totale institusjon er at ”(...) *alt foregår på samme sted – arbeid, fritid og søvn. Alle primære behov dekkes innen et og samme system*” (Fridhov: 1997: 307).

Et annet begrensende trekk er tidsperspektivet. De ansatte har mange å besøke i løpet av en dag, og flere skal ha besøk i samme tidsrom. Arbeidet med mennesker gjør også at det ikke er lett å forutse hva som skal skje. En rolig dag kan bli travel når en oppegående bruker blir funnet i sengen og trenger pleie og mat. Siden endringer skjer fort, kan dagsprogrammet til hjelperen forskyve seg i den ene eller andre retningen. Enkelte brukere opplevde uro rundt usikkerheten om når de skulle få besøk, mens andre beskrev at det ga dem praktiske problemer med å planlegge dagene sine. Det ble spesielt vanskelig siden de heller ikke visste noe om de andre mottakerne. De visste lite om hva slags hjelp andre trengte og hvor syke de var. Goffman (1967b) beskriver at de på innsiden av "anstalten" gjerne organiserer seg i fellesskap for å stå imot de ansattes krav. Dette har pasientene ingen mulighet til i hjemme-sykepleien, og de er prisgitt informasjonen de får av pleierne. Dette er et trekk som ikke er tilstede i institusjoner, og som gjør mottakerne isolert og ute av stand til å sammenligne sin situasjon med andres. Slik vil opplevelse av krenkelse i større grad ramme den enkelte, fremfor dem som gruppe.

Samtidig kan det at pasientene er alene, gjøre det lettere å be om tjenester fra hjelperne. Hjelperne kan ikke vise direkte til andre brukere som trenger deres hjelp, og andres behov blir fjernere for mottakeren enn de for eksempel vil være på sykehjem. På den annen side viste hjelperne stadig at de hadde det travelt, noe mottakerne måtte forholde seg til. Hjelpernes effektivitetskrav påvirket i stor grad hvordan oppdraget ble gjennomført. For eksempel måtte noen pasienter pusse tennene før frokost, fordi pleierne ikke kunne vente til frokosten var spist opp. Under intervjuene forklarte pasientene at vissheten om hjelpernes tidspress, hemmet deres frimodighet til å spørre om hjelp til ekstrating. Lillestø (1998: 159) er opptatt av hvordan omsorgsutførelse kan krenke de som mottar hjelp. Fordi det er pleierne som kontrollerer når besøket skal foregå, og hvor lang tid det skal ta, får hjelpen et institusjonelt preg.

Brukerne vet sjelden *hvem* som skulle komme til dem. På hjemmebesøk kunne pasienten spørre: "*Er det du som kommer i morgen også?*". Pleieren forklarte at det hadde hun ingen mulighet til å vite. Mottakeren hadde tydelig et ønske om å vite noe om fremtiden, men de ansatte kunne bare gi tvilende løfter. "*Ja, jeg skal jobbe i helgen, så da ses vi kanskje!*". Slik manglet brukerne kontroll i mange sammenhenger.

Samtidig bunner kanskje den største frihetsberøvelsen i at mange brukere har store fysiske begrensninger, og ofte må få hjelp til blant annet intimhygiene. I *Anstalt og menneske* ser Goffman (1967b: 17) hjemmet som motsatsen til den totale institusjon. Grunnen til dette er at det skaper frihet og gir muligheter til ”hjemmeliv”. I hjemmesykepleien blir dette annerledes, fordi å være hjemme ikke nødvendigvis gir like mange muligheter til å bevege seg fritt og skape seg et liv ”utenfor”. Enkelte brukere kan for eksempel ikke komme seg opp av sengen på egenhånd. Slik kan hjemmesykepleien bidra til å skape flere muligheter for den enkelte.

I Goffmans beretning om totale institusjoner er det noen trekk vi finner igjen i hjemmesykepleien og dens organisering. Det er et sentralt trekk ved hjemmesykepleien at friheten til mottakerne er innskrenket, dels på grunn av deres fysiske tilstand, dels på grunn av hvordan hjemmesykepleien er organisert. Hjemmesykepleien kan imidlertid ikke kalles en total institusjon, da den for eksempel mangler myndighet og oversikt over mottakerens liv. Den enkelte mottakers opplevelse av institusjonalisering vil i stor grad være avhengig av hva slags hjelp som blir gitt, og hvilke ressurser hun eller han har i utgangspunktet. Noen av samhandlingene i hjemmesykepleien syntes samtidig å ha trekk fra institusjoner. Det vil derfor være interessant å se hjemmesykepleien i lys av institusjonsstudier.

## ***Problemstilling***

Ut fra et samhandlingsperspektiv ønsker jeg å beskrive verdighet i hjemmesykepleien. Jeg vil se hvordan hjelper og mottaker formidler verdighet til hverandre innenfor hjemmesykepleiens betingelser. Jeg vil også se på hvilke strategier partene bruker for å beskytte og styrke sin egen og den andres selvfølelse.

Problemstillingen er todelt. Den første tar for seg hvordan verdighetsformidling<sup>7</sup> foregår i hjemmesykepleien. Å motta hjelp til stell, er et eksempel på noe enkelte kan oppleve krenkende. Derfor er det interessant å finne ut hvordan slike utfordringer kan møtes og løses i praksis, og hvordan ”den verdige samhandling” skapes. Det er likevel ikke slik at krenkelser alltid blir unngått. I noen tilfeller kan noe som er ment som en verdighetsformidling, oppleves

---

<sup>7</sup> ”Verdighetsformidling” ses som en måte å vise seg verdig for andre, og vise verdighet til den andre på. Begrepet defineres ytterligere under begrepsavklaringene.

krenkende for den andre part. Denne problematikken vil være sentral i det første analysekapittelet.

Som mennesker ønsker vi å beskytte oss selv og andre fra krenkelser og styrke vår selvfølelse. For å oppnå dette tar vi i bruk verdighetsstrategier. Disse kan gå hånd i hånd med verdighetsformidlingen, men kan også gå på bekostning av den. Jeg vil se på hvilke verdighetsstrategier mottakerne og hjelperne tar i bruk i møtet med hverandre. Dette blir presentert i det andre analysekapittelet.

### ***Oppgavens oppbygning***

Jeg har nå gitt en innføring i oppgavens problemstilling og plassert den i forhold til hjemmesykepleiens særtrekk, tidligere forskning på området og teoretisk utgangspunkt. I det neste kapittelet vil jeg beskrive møtet med feltet og etiske og metodiske implikasjoner dette hadde. I kapittel tre beskriver jeg teoretisk bakgrunn for oppgaven og gjør rede for begreper jeg bruker i analysen. Kapittel fire og fem utgjør analysen av empiriske funn. I kapittel fire er situasjonene analyseenheten, og jeg ser hvordan partene søker å skape verdige samhandlinger. Kapittel fem er i større grad rettet mot å beskrive aktørene og deres strategier i møte med hverandre. I siste kapittel vil jeg trekke noen konklusjoner og gi eksempler på områder hvor oppgaven kan være til nytte.

### 3. Metodiske refleksjoner

Jeg vil i dette kapittelet gjøre rede for hvilke fremgangsmåter jeg har benyttet i min studie, begrunne de valg jeg ha gjort og vurdere metodiske og etiske betraktninger underveis.

#### **Feltarbeid**

*”Feltarbeid innebærer at feltforskeren åpent eller skjult deltar i folks dagligliv over en lenger periode”* (Hammersley og Atkinson 1996: 31). I en måned (mai-juni 2005) gjorde jeg feltarbeid ved et arbeidslag i Oslo kommune. Når relasjonen mellom mennesker skal studeres, er observasjon en god metode (Thagaard 1998: 61). Jeg valgte derfor å la observasjon være mitt hovedredskap i datainnsamlingen.

Jeg ønsket i tillegg å finne ut noe om hvordan hjelper og mottaker oppfattet sin relasjon til hverandre. Feltarbeidets styrke er at man kan ta i bruk flere innsamlingsmetoder (Hammersley og Atkinson 1996: 31). Jeg deltok på daglige rapportmøter for ansatte, intervjuet brukere, og hadde flere uformelle samtaler gjennom den måneden jeg gjorde feltarbeid.

Feltarbeid betegnes som etnografisk forskning (Hammersley og Atkinson 1996: 32). Etnografiens natur er eksplorerende. Det vil si at man ikke følger klare hypoteser som skal testes, og forskeren får *”..mulighet til å skifte fokus idet nye data blir tilgjengelig”* (Silverman 2001: 68). Jeg gikk ut med noen tanker om hva jeg ville se nærmere på, men var åpen for at datamaterialet skulle være med å forme oppgaven.

#### **Fremgangsmåte**

Her vil jeg beskrive hvordan jeg fikk tilgang på feltet, hvordan jeg gikk fram for å få samtykke fra den enkelte informant og på hvilken måte jeg organiserte hjemmebesøkene under feltarbeidet. Ut fra dette vil jeg redegjøre for hva slags datamateriale jeg fikk.



## **Tilgang**

Jeg fikk kontakt med arbeidslaget gjennom min tidligere overordnede i hjemmesykepleien, som nå var leder for et nytt arbeidslag. Hun introduserte prosjektet for de ansatte, og de godkjente at jeg kunne gjøre feltarbeid hos dem.

Første møte med de ansatte var på et rapportmøte hvor jeg presenterte oppgaven min. Noen dager senere begynte selve feltarbeidet. Gjennom hele perioden traff jeg nye personer jeg måtte presentere meg og oppgaven til.

## **Søknader**

Det viste seg at oppgaven var søknadspliktig til Regional komité for medisinsk forsknings-etikk (REK). Søknad ble sendt inn 15. mars 2005. Jeg måtte redegjøre for de etiske aspektene ved prosjektet, og fikk således forberedt feltarbeidet grundig. Jeg fikk endelig godkjenning etter to måneder (Se vedlegg 1).

Ettersom jeg ville intervju noen brukere, meldte jeg prosjektet til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste, og fikk godkjenning til å bruke opptaksutstyr (se vedlegg 2).

## **Hjemmebesøk – koordinering på høyt nivå**

Første steg for hjemmebesøk var å få de ansatte til å overlevere informasjonsbrevet til brukere og informere om prosjektet. Etter krav fra REK skulle det gå minst 24 timer fra brukere samtykket til jeg kunne kontakte dem. Dersom jeg fikk positivt svar, prøvde jeg å få til et besøk til vedkommende neste dag.

Planen for hvilke ansatte som skulle besøke hvilke brukere ble klar ettermiddagen før. For å få oversikt over neste dag, ble jeg på kontoret til arbeidsdagen var over. Første komplikasjon var at dersom det skjedde mye (sykdom og lignende), kunne listene bli endret uten at jeg visste det. Dagene kunne også endre seg fort, noe som til tider gjorde at de jeg hadde tenkt å spørre plutselig måtte skynde seg ut før jeg fikk spurt, eller at besøk ble forflyttet til et annet arbeidslag. For at jeg skulle være med på besøk, måtte den ansatte ringe meg opp før besøket, eller vi avtalte et cirka-tidspunkt jeg skulle møte dem. Noen ganger glemte de at jeg skulle være med, og ringte meg etter besøket var over.

Jeg fikk vært med på cirka to besøk hver dag. Det viste seg å være vanskelig å koordinere flere, samt at hvert besøk krevde så mye etterarbeid med feltnotater at tiden ikke strakk til. Da

feltarbeidet var over, hadde jeg gjennomført 38 hjemmebesøk, 4 intervjuer og deltatt på ca 50 rapportmøter (morgen- og kveldsrapporter). De fleste observasjoner var på dagtid på hverdager, men jeg hadde også noen observasjoner på kvelden og i helgene.

### **Informert samtykke**

Observasjon kan foregå skjult eller åpent. Av etiske hensyn til informantene var det aldri aktuelt å drive skjult observasjon. Det ville også være en umulig oppgave i forhold til de ansatte, da det var svært uvanlig å ha med seg noen på hjemmebesøk over så lang tid.

Samtidig vil all forskning til en viss grad være skjult (Lofland og Lofland 1995: 36, Hammersley og Atkinson 1996: 101). Jeg måtte stadig stille spørsmål ved hvor åpen jeg skulle være med informantene. Jeg ønsket på ingen måte å føre dem bak lyset, men var redd de ville føle seg ukomfortable om jeg sa hva jeg så etter. Resultatet ble at jeg forklarte noe, men la vekt på at mye av oppgavens utforming ville komme som et resultat av feltarbeidet, og således ikke var helt klarlagt.

Ikke alle brukerne kunne oppfatte rollen jeg hadde. Dersom de ansatte fortalte at brukeren var dement, ringte jeg pårørende for å informere og få høre eventuelle motforestillinger. Dette gjorde jeg i fire tilfeller, og det virket i utgangspunktet uproblematisk. I praksis viste det seg at beslutningen om at en bruker var ”klar nok” til å samtykke, var ganske tilfeldig. Kun to brukere syntes å ha lest informasjonsbrevet og oppfattet innholdet da jeg kom. I likhet med Reidun Norvoll<sup>8</sup>, opplevde jeg likevel at pasientene kunne ta stilling til om det skulle være en utenforstående tilstede eller ikke.

REKs krav om at det var de ansatte som skulle gi informasjon og få samtykke fra brukerne, opplevde jeg i seg selv som etisk problematisk. Under de første møtene med brukerne, syntes det som at det hadde blitt gitt lite informasjon på forhånd. De ansatte var ikke underlagt like strenge krav til å understreke frivillighet og gi tilstrekkelig informasjon som det jeg var. De hadde heller ikke mulighet til å utdype dersom brukerne ønsket det. Frivillig deltakelse kan også problematiseres i sammenheng med maktforholdet som eksisterer mellom den som spør og den som samtykker (Alver og Øyen 1997: 112). Jeg stusset over REKs antagelse om at det skulle være lettere å si nei til pleierne, som mange hadde et avhengighetsforhold til, enn meg som utenforstående.

---

<sup>8</sup> Muntlig meddelelse fra Reidun Norvoll i forhold til doktorgradsarbeid innen akuttpsykiatrien.

I utgangspunktet hadde jeg tenkt å få underskrift på samtykkeerklæringer i forbindelse med informasjonsbrevet (se vedlegg 3 og 4). Dette valgte jeg å gå bort fra, og baserte meg i stedet på muntlig samtykke. I forhold til brukerne var det flere faktorer som spilte inn. En stor del hadde så store mentale begrensninger at de ikke hadde mulighet til å gi sitt fulle samtykke. Andre hadde dårlig syn, og fikk kun informasjonsbrevet referert. En samtykkeerklæring er en kontrakt, og er viktig for meg for å sikre frivillighet. Samtidig fryktet jeg at en kontrakt kunne virke for alvorlig, og at å be om underskrift i større grad ville problematisere frivillighet enn å bekrefte den (se for eksempel Alver og Øyen 1997:112). Et tilleggsargument er at en persons underskrift er vært sensitivt materiale, og at det i seg selv er problematisk at informantens navn blir direkte knyttet til prosjektet (Lofland og Lofland 1995: 42).

Jeg bestemte meg for å la være å få underskrift av de ansatte, siden jeg ikke ba om det fra brukerne. Jeg opplevde at den viktigste måten å oppfatte om noen ville delta som informanter, var å spørre forsiktig, ta imot innvendinger og tyde signaler.

Storvik (1996: 92) forteller i sin doktoravhandling *Skikk og bruk på legekontoet*, at legene som sa ja til å være med på hennes forskningsprosjekt, trolig var de som følte at de mestret jobben sin godt. Siden jeg var oppmerksom på hvem som ville (og ikke ville) ha meg med på hjemmebesøk, kan dette også ha påvirket mitt datamateriale. Samtidig var feltarbeidet en kontinuerlig prosess. Da feltarbeidet var avsluttet, var det få av de faste ansatte jeg aldri hadde vært med på hjemmebesøk, og kun to ganger jeg hadde fått nei til å være med. Derfor har dette hensynet sannsynligvis ikke påvirket datamaterialet i særlig grad.

## Utvalg

De første brukerne ble kontaktet ved at de ansatte valgte ut noen de kunne spørre for meg. Senere brukte jeg rapportmøtene til å finne ut hvem som kunne være interessante å besøke. Jeg ønsket variasjon i besøksart, varighet og relasjon. For å sikre meg at jeg skulle få nok besøk, valgte jeg kun ut pasienter som fikk besøk hver dag. De hadde likevel ikke like dager. Noen reiste på sykehjemsopphold, og andre fikk besøk av familie. Dermed fikk jeg ikke følge alle brukerne like mye som jeg ønsket.

Etter noen få besøk skjønnte jeg også at det ikke bare var å velge ut hvem jeg skulle være med til. Noen hjem egnet seg ikke for feltarbeid. En av de første dagene skulle jeg være med til en

som skulle få hjelp til dusj. Badet var så lite at jeg måtte krølle meg sammen på toalettet. Dette førte til litt latter, men det varte ikke lenge før jeg måtte gå ut. Som mottakeren humoristisk sa det: ”*Badet er jo egentlig bare laget for en person*”.

Det var vanskelig og tungvint å få til nye besøk. Siden de ansatte måtte kontakte brukerne for meg, krevde det mye administrasjon av informasjonsbrev og oppfølging. Dessuten syntes jeg det ble viktigere å se flere av de ansatte hos de samme brukerne. Jeg endte opp med å ha besøkt ni brukere, fire menn og fem kvinner. Antall besøk hos den enkelte varierte fra en til ti ganger. Dette er en liten gruppe mottakere, men besøkene var ulike, og ga derfor en bredde i oppdragenes art. Enkelte var demente og andre var helt klare. Noen hadde små hjelpebehov, mens andre trengte betydelig hjelp.

Utvalget av de ansatte var ganske tilfeldig. Det var mange hensyn å ta, og jeg var mest opptatt av hvilke brukere jeg skulle besøke. Jeg prøvde likevel å variere mellom kjønn og utdanning. Jeg var i alt med 17 ansatte, 14 kvinner og 3 menn. Syv av de ansatte var faglærte, det vil si hjelpepleier eller sykepleier.

Jeg intervjuet fire av brukerne på slutten av feltarbeidet (se intervjuguide, vedlegg 5). De jeg intervjuet var forholdsvis klare, det vil si at de hadde gode nok evner til å huske og fortelle om sine erfaringer. Jeg foretok ingen formelle intervjuer med de ansatte, men benyttet flere anledninger til å snakke med dem på egenhånd, for eksempel etter hjemmebesøk eller rapportmøter.

## ***Forhold til feltet***

Jeg vil her gå igjennom mitt forhold til hjemmesykepleien som studiefelt, hvilken rolle jeg fikk i forhold til hjelperne og mottakerne, og beskrive refleksjoner jeg gjorde meg rundt dette.

## **Min posisjon**

Jeg har selv jobbet som ufaglært vikar i hjemmesykepleien i noen år, og denne oppgaven ville aldri blitt til dersom det ikke hadde vært for denne erfaringen. Under feltarbeid er man både deltaker og tilskuer på samme tid, og man blir derfor nødt til å tenke gjennom nærhet/distanseproblematikken (Album 1996: 240). I mitt tilfelle var det en fare at min tidligere deltaker-

erfaring kunne blinde det sosiologiske blikket. En gang ble jeg spurt om å ta en vakt ved arbeidslaget. Det sa jeg nei til. For det første var det etisk problematisk i forhold til informantene. Det var samtidig viktig for meg å skille studiet av dette arbeidslaget fra mine egne erfaringer som ansatt.

Det er alltid en fare at det som observeres blir for velkjent, og trolig har jeg på grunn av min erfaring oversett mange spennende vinklinger og nyanser. På den annen side har ikke erfaringen nødvendigvis sløvet min oppmerksomhet, men den har gitt meg mulighet til å se det velkjente med nye briller.

Jeg er en kvinne på 24 år, noe som virket gunstig for meg i gjennomføringen av feltarbeidet. Hadde jeg vært mann, ville jeg trolig fått noen problemer med å observere hos kvinner, da det er en kjent utfordring i hjemmesykepleien at kvinner ikke ønsker menn tilstede under stell. Brukerne var også vant til å forholde seg til min aldersgruppe. Det er ikke uvanlig at en jente på min alder jobber i hjemmesykepleien. Alderen min gjorde trolig meg og prosjektet til dels ”ufarlig” for de ansatte. Andre feltforskere har også opplevd ung alder som gunstig for gjennomføring av feltarbeid, fordi man lettere kan identifiseres med en lærlingerolle (se for eksempel Goffman 1989). En ulempe er at ”ufarlig” lett kan erstattes med ”useriøs” (Lofland og Lofland 1995: 41), en oppfatning jeg opplevde at noen av de ansatte hadde. Jeg må likevel innrømme at jeg i liten grad forsvarte meg mot den holdningen. Det var lettere for meg å bli sett på som useriøs og ufarlig fremfor truende.

### **På hjemmebesøk - ingen flue på veggen**

Uansett hvor mye jeg hadde lest og forberedt meg på å observere, klarte jeg ikke å fjerne troen på at jeg skulle være ”usynlig” på hjemmebesøkene. I begynnelsen prøvde jeg å være så stille som mulig og gremmet meg da jeg skrev ned ordvekslinger mellom meg og informantene.

Etter noen observasjoner var jeg nesten i ferd med å gi opp. Det føltes så ukomfortabelt og vanskelig å observere. Jeg ble veldig opptatt av min egen rolle og begynte å se det som et etisk problem at forskernærværet i seg selv hadde et krenkelsespotensiale. Det føltes uetisk å fortsette feltarbeidet. Heldigvis viste det seg at det trolig var jeg som hadde det mest ukomfortabelt. En kveld traff jeg en ekstravakt som jeg nevnte mine bekymringer for, og refererte til en episode hvor jeg mente pasienten hadde opplevd det vanskelig å ha meg

tilstede. Den ansatte tilbakeviste dette og mente at det umulig kunne stemme i forhold til den personen jeg snakket om. Jeg dro dit på hjemmebesøk en gang til, og fikk bekreftet det hun sa. Jeg ble godt mottatt, og følte det nesten vanskelig å forklare at jeg ikke var klar for å intervju. Jeg kom også på at pasientene ofte er vant til å forholde seg til nye mennesker. De har trolig opplevd ekstrasøk av ansatte på opplæring eller i utdanningspraksis. På sett og vis ble jeg offer for mine egne forskningsspørsmål. Jeg ble selv en person som strevde med å løse at jeg trakk over andres private grenser.

Det viktige under feltarbeid er at datainnsamlingen ikke bør bli skadelidende. Dersom feltarbeid blir for ubehagelig kan det føre til at man bruker opp energien på dette, fremfor å samle inn gode data (Lofland og Lofland 1995: 48). Jeg bestemte meg for å fortsette feltarbeidet, men ville skifte strategi. Jeg ville ikke være tilstede i samme rom med informantene hele tiden, spesielt under stell. Det var lettere å gå litt frem og tilbake, henge opp en vask, hente en bleie osv. Det ble viktigere at jeg klarte å gjennomføre enn at jeg på død og liv skulle få med meg alt. I tillegg la jeg an en mer åpen holdning, og tok en større sosial plass med informantene. Jeg snakket mer når det passet, og gikk inn for å bli kjent med de ansatte og pasientene som var åpen for det.

Jeg er usikker på hvorvidt datamaterialet endret seg etter dette, og når jeg ser på notatene, finner jeg ikke noe klart før/etter-skille. Den største forskjellen var nok at jeg fikk et mer bevisst forhold til hva jeg gjorde. Samtidig gjorde det feltarbeidet lettere i forholdet til de ansatte. Jeg følte meg mer inkludert og fikk bygget opp et tillitsforhold til dem. Det gjorde det lettere å spørre om ting, og jeg fikk mer informasjon enn hvis jeg hadde forsøkt å gjennomføre en "usynlig" linje. Det var uansett ikke mulig å være usynlig, da jeg faktisk var fysisk tilstede med informantene.

Jeg vil samtidig nevne noen etiske implikasjoner ved observasjonene. Selv om jeg fikk en opplevelse av at det var jeg som hadde det mest utfordrende under feltarbeidet, kan det også tenkes at informantene var flinke til å skjule sitt ubehag overfor meg. Jeg kan ikke med sikkerhet si at pasientene og de ansatte ikke følte seg krenket ved at jeg var tilstede hos dem. Gjør dette feltarbeidet uetisk? Alver og Øyen (1997: 183) uttrykker at man i forskningsvirksomhet må balansere samfunnsinteresse mot individuelle hensyn. Den informasjonen jeg fikk under feltarbeidet, var informasjon som ikke var mulig å få på andre måter. Dette gjør at

observasjonene kan forsvares i større grad. Jeg var også ute etter signaler på ubehag hos pleierne og brukerne, og det er derfor min oppfatning at jeg ikke trådte over grenser i den grad at det var etisk uforsvarlig. Jeg mener at samfunnsnyttens langt på vei kan forsvare et lett ubehag hos informantene. I arbeidet med disse spørsmålene var det betryggende å ha en veileder med erfaring fra feltarbeid, og at jeg hadde vært igjennom søknadsprosessen med REK. Jeg ba også arbeidslagets leder om å være oppmerksom på om de ansatte uttrykte ubehag ved å ha meg tilstede.

Det bør nevnes at forskning heller ikke bare åpner for ubehag og krenkelser. Det gir mennesker mulighet til å gi et bilde av sitt hverdagsliv. Det var ikke tvil om at enkelte opplevde det positivt at jeg skulle skrive om dem. En mottaker etterlyste at jeg skulle komme på hjemmebesøk, og de ansatte ville gjerne ha en presentasjon av oppgaven i ettertid. Selv om de ansatte opplevde seg vurdert under besøkene, kan det også ha gjort at mange satte pris på å ha meg med. De jobber stort sett alene, og får sjelden mulighet til å vise hva de gjør. Når jeg var med, fikk de vise frem sin relasjon til pasientene, og hvordan de utførte arbeidet sitt.

### **Forhold til de ansatte**

Det er sjelden gjennomføringen av prosjekter blir slik man hadde tenkt seg i utgangspunktet (Widerberg 2001: 62). Dette viste seg også i mitt tilfelle. Da jeg kom på det første informasjonsmøtet med de ansatte, var jeg forberedt på å svare på kritiske spørsmål. I stedet opplevde jeg at de virket forholdsvis likegyldige til at jeg skulle være tilstede.

I løpet av måneden møtte jeg nærmere 40 ansatte. Ingen var negative til det jeg drev med, men det ble til tider noen misforståelser om hva jeg krevde av dem og hvor mye tid det skulle ta. Det var få som henvendte seg til meg i starten, og jeg var som sagt usikker på om de opplevde det ubehagelig at jeg var hos dem. Det føltes trygt at jeg kjente sjefen for arbeidslaget fra før. Selv om vi ikke snakket så mye sammen, var det helt avgjørende for at jeg skulle orke å dukke opp dag etter dag.

Etter hvert som jeg ble noe tryggere i rollen og hadde noen hyggelige samtaler, skjønnte jeg at det ikke bare var skepsis som gjorde at jeg ikke ble inkludert. Jeg måtte innse at jeg ikke var hovedpersonen i de ansattes hverdag. I stedet for å vente på å bli inkludert, måtte jeg belage meg på å "ta" plass i miljøet. Noen ganger ble jeg invitert med på lunsj. Jeg opplevde det som en måte å si at jeg var godkjent på. Samtidig opplevde jeg også signaler om det motsatte. En

gang vi satt på kontoret, begynte noen av de ansatte å spøke om pasientene. En henvendte seg til de andre og sa at man ikke burde tulle så mye om sånt når jeg var tilstede. Selv om det ble sagt på en spøkefull måte, tok jeg det likevel som et tegn på at de ikke alltid følte seg helt komfortable med min tilstedeværelse.

Rapportene var det eneste stedet jeg var helt stille. Jeg stilte eventuelt spørsmål når den formelle rapporten var over. Jeg var deltakende i den form at jeg satt der, lo da det var noe å le av, og smilte når de hadde blikket rettet mot meg.

*”Ehh..tror du det er greit for deg om jeg blir med deg til Esther i dag?”*. Den største barrieren var å spørre de ansatte om jeg kunne være med på hjemmebesøk. Stort sett var det ingen grunn til bekymring. De aller fleste sa ja. Under hjemmebesøkene introduserte de meg og gikk så i gang med det de skulle gjøre. Enkelte forholdt seg lite til at jeg var der, mens andre inkluderte meg noe mer i samtalen. Noen sa at jeg bare måtte spørre hvis det var noe jeg lurte på. Det var hyggelig, men jeg opplevde tidvis at de prøvde å tildele meg en lærlingrolle. Den har blitt referert til i metodelitteraturen som en naturlig og gunstig rolle å få (Wadel 1991, Hammersley og Atkinson 1996: 128). Det var likevel vanskelig for meg å godta den rollen. Under de fleste besøkene ble det kun gjort stell, øyedrypping og matlaging, og det var ikke mye å spørre om. I tillegg hadde jeg vært åpen om at jeg selv jobbet i hjemmesykepleien, og de som ga meg denne rollen hadde oversett dette i informasjonsbrevet. Jeg fant likevel ut at jeg kunne være en annen slags lærling, som lærte om livet i deres arbeidslag. Jeg spurte ofte om forholdet deres til brukerne, hvordan det var å jobbe på arbeidsplassen og lignende.

Alt i alt virket de ufaglærte mer positive til å ha meg med enn de faglærte. Det kan være flere grunner til dette. Kanskje så de på meg som en del av ”pakka” i jobben. De svarte bestandig ja med en gang. Det kunne også virke som likte å ha et fellesskap med noen mens de var på jobb. I etterkant av besøkene sa flere at det var hyggelig å ha meg med. At vi var på samme alder, hadde trolig også mye å si for deres positive innstilling.

## **Forhold til brukerne**

*”Hva var det du skulle spørre meg om?”*. Dette spørsmålet fikk jeg til stadighet under hjemmebesøkene. Brukerne hadde lite begrep om hvordan feltarbeid og observasjon fungerte. En ville unnlate å få hjelp da jeg var med, fordi han oppfattet det som uinteressant for meg.



Hjelperne var imidlertid en støtte på dette området, og de vektla at de skulle gjøre det samme som de pleide.

En del av informantene syntes det var svært hyggelig å ha meg på besøk. Spesielt én bruker viste tydelig at han satte pris på å ha meg i livet sitt, og spurte stadig om han fikk se meg igjen. Det var en fin opplevelse få gode tilbakemeldinger. Samtidig ga det etiske utfordringer å bli tatt ”inn i varmen” i så stor grad. Det ble vanskelig for meg å opprettholde en profesjonell holdning, da jeg ble inkludert mer som en fortrolig venn enn som student. Når informanten ønsker mer samvær enn intervjueren, kaller Jette Fog det for et brudd i intervjusituasjonen (1994: 60-61). Hun understreker at det er en problematisk motsetning mellom den fortrolige samtales natur og samtalen (her også samværet) som redskap for forskningen.

Ved noen tilfeller ble jeg tatt for å være en ansatt. Dette brakte meg opp i situasjoner der jeg ble nødt til å akseptere den rollen. Det vises i dette utdraget fra et feltnotat: *Mens brukeren snakket i telefonen ropte hun på meg. ”Du må snakke litt med henne!”.* Jeg prøvde å rope på (ansatt), men hun insisterte på at jeg skulle snakke. Jeg tok telefonen og måtte ta noen beskjeder fra brukerens niese.

Ved ett tilfelle ble jeg behandlet som en ansatt, selv om brukeren visste at jeg ikke var det. Jeg ble spurt om å gjøre små tjenester, og en gang ba han meg også om å smøre ansiktet og armene hans. Andre igjen forholdt seg svært lite til meg. Det virket som om de ikke brydde seg om jeg var tilstede eller ikke. Dette var demente som generelt stilte få spørsmål ved tingenes tilstand.

Jeg hadde bestemt meg for å bruke båndopptaker under intervjuene, men skjønnte under det første intervjuet at det var veldig uheldig. På samme måte som mange eldre virker redde for å skrive under på papirer, opplevde jeg at båndopptakeren skapte en barriere mellom meg og informanten. Da jeg satte den på, rettet informanten seg opp i ryggen og snakket høyt og tydelig. Vedkommende ville ikke utdype kritiske momenter før i det øyeblikket båndopptakeren ble skrudd av. Jeg valgte derfor å droppe båndopptaker i de neste intervjuene. De var også forholdsvis korte, mellom 30 minutter og en time, så jeg klarte å huske mye av det jeg ikke rakk å skrive ned under intervjuet.

Også settingen ”intervju” hadde noe av den samme effekten som båndopptak. En ville at jeg kun skulle skrive ned det som var positivt. Han sa at ”*Det trenger du ikke å skrive, men...*”. Jeg måtte spørre om jeg kunne skrive det likevel, fordi det var spennende. Da var det greit. Det tydet på at tillitsforholdet var tilstede, men at noe skulle skrives ned, ga en opplevelse av å gi en slags ”offentlig forklaring”. Dette viste seg også noen dager senere, da jeg skulle lese opp intervjuet. Informanten så det som en anledning til å trekke fra de mest kritiske momentene. Han sa at for eksempel at jeg kunne stryke ut noen utsagn, og så kunne det heller ”ligge under”.

Cato Wadel (1991: 21) anbefaler å observere først og intervju etterpå. For min del var det positivt å følge opp ting jeg hadde sett at ble gjort. Samtidig kan mottakerne ha fått en følelse av at jeg hadde lojalitet til de ansatte, siden jeg alltid hadde vært der sammen med dem. Jeg la merke til at de pasientene som var mest positive til hjemmesykepleien, var de som hadde størst pleiebehov. Det trenger ikke nødvendigvis handle om mistillit til meg, men om at det er vanskelig å vurdere og eventuelt kritisere noe som på mange måter blir en så stor del av livet, og som de står i et avhengighetsforhold til.

## ***Organisering av materialet***

Her vil jeg forklare hvordan jeg behandlet det innsamlede datamaterialet, og beskrive hvordan datamaterialet ble brukt i skrivingen av oppgaven.

### **Anonymisering**

Allerede fra første dag i feltet lagde jeg oppdiktete navn på informantene. Siden jeg møtte så mange, ga jeg dem navn etter mennesker i mitt eget miljø, som lignet ved utdanning, dialekt eller utseende. På den måten var det lettere å lære både de ekte og fiktive navnene, og sikre anonymisering.

Under skriving av oppgaven har jeg også benyttet meg av andre anonymiseringsteknikker. Jeg har endret yrkestittel, kjønn og personopplysninger der det har vært irrelevant for oppgaven. Det har også vært tilfeller der jeg har måttet vurdere å fjerne det jeg har sett som relevante personopplysninger. For eksempel er det vanskelig å finne gode erstatninger for at en person

er blind eller lam. Disse opplysningene er svært avslørende, og det har også her vært sentralt å balansere samfunnsinteresse mot individuelle hensyn (Alver og Øyen 1997: 183).

## **Analyse og skriving av oppgaven**

Under feltarbeidet var den største utfordringen å få tatt notater. Jeg noterte aldri på hjemmebesøk eller rapportene for ikke å gjøre noen ukomfortable. Etter hvert besøk satte jeg meg på café, og skrev så mye jeg husket fra besøket. Etter arbeidsgens slutt, dro jeg hjem og fullførte notatskrivingen. Dette har gjort at jeg ikke har så mange fullstendige sitater i oppgaven, rett og slett fordi det var vanskelig å huske hva som ble sagt ordrett. Sitatene jeg har er gjerne korte, og er ofte blitt integrert i teksten med anførselstegn og kursiv skrift.

Mens jeg skrev feltnotatene, lagde jeg noen empirinære kategorier ut fra hvilke mønstre jeg så i datamaterialet, og andre teorinære fra faglitteratur jeg hadde lest på forhånd<sup>9</sup> (Widerberg 2001: 126f). Etter hver utskrevne observasjon, kopierte jeg stoffet inn under disse kategoriene. Det ble etter hvert mange kategorier, og jeg var usikker på om det var hensiktsmessig å bruke så mye tid på det under feltarbeidet. I ettertid ser jeg at kategoriene har vært til god hjelp til å analysere stoffet. Det viste seg også at fordi jeg brukte mye tid på å kategorisere, husket jeg også observasjonene veldig godt.

Etter feltarbeidet skrev jeg ned de umiddelbare analyseidéene jeg hadde. Dette dannet grunnlaget for videre analysering og teoriutvikling. For å få større oversikt og kunnskap om datamaterialet, valgte jeg å kategorisere det igjen, ut fra nye og de tidligere benyttede kategoriene. Jeg gjorde en manuell kategorisering, med fargekoder etter tema og mønstre (se for eksempel Widerberg 2001: 126), og klippet og limte i tekstbehandlingsprogram. Etter dette puttet jeg kategoriene inn i overordnede kategorier, som dannet utgangspunkt for kapitlenes inndeling.

Kvalitativ metode forutsetter et dialektisk forhold mellom teori og data, eller som Ragnvald Kalleberg (1996) kaller det, ”en hermeneutisk spiral”. Det vil si at elementene i en forskningsprosess (som også innebærer oppgavens spørsmål og svar) påvirker hverandre gjensidig og gir nye forståelser. Slik har også dette prosjektet vært. Min interesse og spørsmål påvirket teoretisk utgangspunkt, som igjen påvirket valg av metode. Jeg opplevde valget av

---

<sup>9</sup> Empirinære kategorier var for eksempel ”tid”, ”ønske om pleie”. Teorinære kategorier var blant annet: ”backstage - frontstage”, ”deference - demeanor”.

denne arbeidsmetoden som en måte å være tro mot mine ideer og funn. I stedet for å tre teorier over hodet på datamaterialet, måtte jeg finne ut hva jeg mente å ha sett, og finne teori som kunne belyse og begrunne dette.

## **Vurderinger**

Når feltarbeidet er tilbakelagt, ser jeg noen ting jeg er fornøyd med, og andre ting som gjerne kunne ha vært annerledes. Jeg vil redegjøre for noen momenter.

### **Prosjektets styrker og svakheter**

Problemene med å koordinere hjemmebesøk og strenge etiske hensyn, gjorde at jeg i hovedsak var opptatt av å få nok materiale til å gjennomføre. I ettertid ser jeg at jeg kunne ha tatt større kontroll over feltet. Min forsiktige holdning gjorde nok at jeg ”fulgte strømmen” og tok til takke med ting i større grad enn det som var gunstig. Dersom jeg hadde vært litt mindre redd for ikke å passe inn og trå over etiske grenser, kunne jeg kanskje fått mer interessante observasjoner. Likevel vil jeg hevde at det datamaterialet som er samlet inn har vært tilstrekkelig og svært anvendelig til bruk i denne oppgaven. Jeg mener å ha mange nok observasjoner, som gir godt grunnlag for mine tokninger. En slik undersøkelse vil alltid bare gi et utsnitt av virkeligheten. Temaene og kategorier jeg har valgt ut i denne oppgaven er brukt fordi de er sentrale for å forstå verdighetsbegrepet slik jeg bruker det, og de belyser verdighetsproblematikken i hjemmesykepleien på en god måte.

Datamaterialet mitt er alt i alt forholdsvis lite. Det er imidlertid ikke for lite til å kunne si noe om hjemmesykepleien. Cato Wadel hevder at den typen samhandling man finner, ofte vil gå igjen i lignende enheter. Dette vil også gjelde ved små utvalg (Wadel 1991: 117). Slik vil jeg belegge at oppgaven gir et innblikk i møter i hjemmesykepleien, og kan gi innsikter til hjemmesykepleien og andre sammenhenger i helse- og omsorgssektoren.

### **En oppgave om de mange og de få**

Gjennom prosessen har jeg vært opptatt av etiske hensyn ved gjennomføring av feltarbeidet og anonymisering i ettertid. Oppgavens utforming har også noen etiske implikasjoner. I samtalen med bekjente som har erfaring med hjemmesykepleien, har jeg fått tilbakemeldinger om at problemstillingene er erfaringsnære, og at det er lett å kjenne seg igjen i beskrivelsene. Samtidig kan dette gi en annen opplevelse for dem som har vært informanter i oppgaven. Jeg

kan ikke med sikkerhet si at informantene ikke vil gjenkjenne egne sitater. I oppgaven står sitatene i en sammenheng, og blir tolket på andre måter enn informantene har gjort.

Enkelte feltforskere, som for eksempel Pierre Bourdieu (1990) hevder at det er nødvendig å gjøre sosiologien til noe mer enn selvforståelse, og at man til en viss grad er nødt til å abstrahere erfaringer og knytte dem til en større forståelse. Dette vil jeg si meg enig i. Hans Skjervheim (1996) hevder på sin side at man ikke skal objektivere og gjøre menneskers handlinger til årsaksforklaringer. Enkelte vil kanskje oppleve at jeg har gjort det.

Informantenes utsagn og erfaringer har blitt satt inn i en sammenheng og tolket gjennom sosiologiske begreper som kan virke ukjente for dem. Samtidig vil jeg hevde at informantenes opplevelser og virkelighet i stor grad er fremstilt på deres premisser. Denne oppgaven har heller ikke beskrevet enkeltindivider alene, men latt dem være utgangspunkt for mønstre og samhandlingsmåter av mer allmenn art. Det gjør at oppgaven kan forsvares med hensyn til informantene. I tillegg vil oppgaven kunne gi hjelpere og mottakere muligheter til å reflektere rundt egen hverdag.

## ***Oppsummering***

I dette kapittelet har jeg sett på de metodiske og etiske utfordringene jeg møtte i gjennomføringen av feltarbeidet. Jeg så på hjemmesykepleiens egenart som spesielt utfordrende fordi jeg måtte bevege meg mellom mange ulike geografiske steder, og at dagene til de ansatte var svært uforutsigbare.

I forhold til etiske aspekter ved feltarbeidet og oppgavens utforming, vil jeg konkludere med at både pasienter og personalet i stor grad har blitt ivaretatt på en forsvarlig måte. I situasjoner der jeg har vært usikker på om mitt prosjekt har kunnet skade informantene, har jeg latt hensynet til dem gå foran faglig interesse. Selv om jeg på den måten kan ha unngått spennende observasjoner, har dette ikke tatt fra meg muligheten til å samle inn tilstrekkelig og interessant datamateriale.

## 4. Teoretiske forutsetninger

Denne oppgaven er i stor grad inspirert av Erving Goffmans teori, og spesielt ”den tidlige Goffman” (Album 1995). Jeg vil kort redegjøre for hans teoretiske bidrag av betydning for denne oppgaven, og drøfte hans forståelse av selvet. ”Selvet” danner grunnlaget for verdighetsbegrepet som vil redegjøres for senere. Jeg vil også klargjøre andre teoretiske begreper som benyttes i oppgaven.

### ***Goffmans teori om selvet***

Erving Goffman regnes for å være en av etterkrigstidens mest betydningsfulle sosiologer (Album 1995: 255). Hans teori og praksisfelt er rettet mot aktørers samhandling på mikronivå, ofte kalt samhandling ansikt-til-ansikt. Goffman (1967a) skiller samhandling i to analytiske kategorier; substans og seremoni. Man kan ”(...) *skille mellom substansen i det folk sier og den seremonielle siden ved utsagnene*” (Album 1994: 92). Dette kan forklares ved å ta utgangspunkt i spørsmålet ”*Har du sovet godt?*”. Pleierne stilte brukerne stadig dette spørsmålet. Substansen er hjelperens uttrykte ønske om å vite hvordan natten har vært for pasienten, fordi at å sove godt henger sammen med god helse. Samtidig viser hjelperen at hun bryr seg om pasienten og ønsker å konversere. Dette uttrykker det seremonielle aspektet ved spørsmålet.

Goffman er mest opptatt av å beskrive det seremonielle i samhandling. Dette gjør han ved å ta i bruk et begrep om ”ritualer” (Album 1994: 99). Begrepet har han hentet og videreført fra Émile Durkheim. ”Ritualer” brukes gjerne i beskrivelse av religiøs utøvelse. Hos Goffman blir imidlertid det religiøse overført til individenes selv. Han ser på selvne som hellige fordi de representerer samfunnet og fellesskapet mellom menneskene (Album 1996: 133). Gjennom bruk av samhandlingsritualer får man bekreftet sin egen og den andres hellighet.

Goffman bruker både begrepene ”selv” og ”identitet” (Goffman 1967a og b, 1961, 1963). Som Storvik (1996) og Houg (1992) problematiserer, gir han ikke noen forklaring på hvordan disse begrepene forholder seg til hverandre. Jeg vil ikke analysere likheter og forskjeller

mellom selv og identitet, men ønsker å se hvordan Goffman og andre snakker om begrepene for å klargjøre min egen forståelse av selvet.

Goffman kan kritiseres for å behandle aktørers selv som ”kjerneløse”. Han uttrykker for eksempel at den enkelte aktør har flere ulike selv (Collins 1988: 255). I enkelte forfatterskap velger imidlertid Goffman å forklare selvet som noe mer enn en samfunnsmessig størrelse. I boken *Stigma* deler Goffman (1963) selvet, eller identiteten inn i tre deler: Den sosiale, den personlige og jeg-identiteten. Den sosiale identiteten utgjør den delen som oppfatter de gjensidige forventninger mellom aktørene og som skifter fra situasjon til situasjon. Den personlige identiteten er identitetsknagger som utseende og navn og eksisterer uavhengig av situasjonen. Jeg-identiteten formes av den enkeltes opplevelse av seg selv og situasjoner hun eller han deltar i (Goffman 1963: 68 og 129). Jeg-identiteten kan knyttes opp til en mer tradisjonell tenkning om selvet ”*som noe delvis reflektert og varig hos den enkelte*” (Houg 1998: 26). Goffman har likevel ikke vært opptatt av de individuelle aspektene ved selvet. I hans teorier er de sosiale møter grunnbestanddelen, og han har derfor blitt klassifisert som en situasjonist (Jacobsen og Kristiansen 2004: 15f, Houg 1998: 16). Det sosiale selvet står sentralt, noe som forklarer hans beskrivelser av selvet som situasjonelt skiftende. I analysens første del vil selvet stort sett være en situasjonell størrelse.

Analysens andre del har i større grad vært inspirert av Goffmans (1967b) *Anstalt og menneske*, hvor han beskriver individers tilpasningsstrategier. Her er Goffman opptatt av at institusjoner virker krenkende på individer og deres selv. Han ser deres handlingsmønstre som reaksjoner på institusjonalisering, og som måter å tilpasse seg situasjonen sin på. Collins (1988: 258) hevder at strategiene kan tolkes som individers måter å forsvare sitt selv på. Slik blir aktørene og jeg-identiteten vektlagt i større grad. Jeg kaller tilpasningsstrategiene for verdighetsstrategier, fordi jeg ser på dem som noe mer enn tilpasning til institusjoner. De brukes både til å beskytte og styrke sitt selv i andre sammenhenger hvor selvfølelsen trues. Jeg utvider i tillegg ”verdighetsstrategier” til å inkludere handlinger som beskytter og styrker den andres selvfølelse. Dette kommer jeg tilbake til under begrepsavklaringene.

## **Begrepsavklaringer**

I denne delen vil jeg først definere og forklare noen samhandlingsteoretiske begreper. Jeg vil så gjøre rede for ”verdighet og krenkelse” og beskrive ulike forståelser av disse begrepene. Til slutt vil jeg definere noen begreper som kan brukes til å analysere samhandling innenfor en pleiekontekst.

### **Situasjoner og rammer**

Denne oppgaven er i stor grad rettet mot å beskrive situasjoner, fordi det er i dem aktørene formidler verdighetsbudskap til hverandre. Goffman bruker både betegnelser som ”interaksjon” og ”møter”, som jeg betrakter som det samme. Dermed kan en situasjon defineres som ”(...) *all den interaksjon som finner sted ved hver bestemte anledning når en gruppe personer befinner seg samlet en tid.*” (Goffman 1992: 22). I denne oppgaven starter situasjonen idet hjemmesykepleieren (og jeg) står utenfor døren til brukeren, ringer på klokken og stikker nøkkelen i døren. Situasjonen slutter når besøket er over og døren blir lukket igjen.

Hver enkelt aktør søker å gi et inntrykk av sitt verdige selv i møte med andre. Gjennom å sende ut (bevisste og ubevisste) signaler gir man en definisjon av situasjonen, og hevder at man har visse egenskaper som andre må forholde seg til. De andre tilstedeværende vil også gi en definisjon av situasjonen, og vanligvis vil definisjonene være så tilpasset hverandre at det ikke fremstår åpne motsigelser (Goffman 1992: 17-18). Den situasjonen som blir definert, avgjør samtidig også hvilke regler som skal gjelde i samhandlingen (Album 1996: 61).

I sitt senere forfatterskap introduserer Goffman (1974) begrepet om *rammer*. Jacobsen og Kristiansen forklarer dette som ”(...) *kognitive og kulturelle regelsystemer*(...) *En fænomenologisk variant af den omtalte symbolsk interaktionistiske betegnelse ”definition av situasjonen”* (2004: 16). For å finne ut hva slags ramme som til enhver tid er gjeldende, skal man spørre seg ”Hva er det som foregår her?”. Svaret betegner hvilken ramme som gjelder (Goffman 2004: 224). Album understreker at rammer forplikter. Det vil si at man blir nødt til å følge den rammen som gjelder, inntil en ny ramme skapes (Album 1996: 22f). Definisjonen av rammene kunne by på problemer i hjemmesykepleien. Det viste seg for eksempel at når en pasient mente at han ikke trengte hjelp fra hjemmesykepleien, var det vanskelig for pleieren å problematisere dette. Det kan finnes flere lag innenfor en overordnet ramme, der ulike regler



gjelder for hvert nivå. Besøkene i hjemmesykepleien foregikk på flere plan. Det ble utført et fysisk oppdrag, og det ble snakket på måter som formidlet både nærhet og distanse mellom partene. Som Kvamme (2000: 20) beskriver, gjør også mangfoldet av pasienter at det blir skapt ulike rammer for samvær.

”Rammer” understreker hvordan definisjonen av situasjonen legger føringer for hva slags samhandling som skapes, samtidig som det åpner for at det kan skje vekslinger mellom ulike situasjonsdefinisjoner i et møte.

## Regler

Goffman definerer regler som forskrift for handling. De består av individuelle *forpliktelser* individet legger på seg selv, og *forventninger* til hvordan andre skal forholde seg til dem (Goffman 1967a: 48f).

I skillet mellom substansiell og seremoniell samhandling, har Goffman også beskrevet ulike typer regler (Goffman 1967a: 53f). De substansielle reglene knyttes til lov og rett. Det er formaliserte plikter og rettigheter, og skal sikre at individer får riktig behandling fra andre. Et eksempel på en substansiell regel, er at man ikke skal stjele. Seremonielle regler er ikke i samme grad forpliktende, og de betegnes gjerne som etikette. Å følge de seremonielle reglene er en måte å uttrykke anerkjennelse av andre i situasjonen. Det er viktig å understreke at å følge substansielle regler også har en seremoniell komponent, men det er ikke nødvendigvis motsatt. ”Oppdrag” og ”vedtak” kan forstås som noen av de substansielle reglene i hjemmesykepleien. De seremonielle reglene innebærer regler for *hvordan* oppdraget eller vedtaket utføres, og andre regler for korrekt oppførsel.

Det som skiller Goffmans beskrivelse av seremonielle regler i forhold til hva som har vært vanlig i sosiologi, er at reglene også fremstår som situasjonelle. Siden karakteren på situasjonen skifter gjennom hvilke rammer som blir definert, endres også hvilke handlinger som er passende. Dette innebærer et strategisk element i aktørers samhandling. De må aktivt forholde seg til hvilke regler som gjelder, og hvordan de eventuelt vil introdusere nye rammer i samhandlingen. I hjemmesykepleien viser det seg at de seremonielle og substansielle reglene kan stå i et motsetningsforhold til hverandre, for eksempel når hjelpenes utføring av oppdraget blir krenkende for mottakeren. Å bryte med noen regler blir

i noen tilfeller midler til å oppfylle andre, og aktørene må i disse tilfellene velge hvilke rammer de ønsker å definere og dermed hvilke regler de vil følge.

## Verdighet og krenkelse

I avisen blir det å motta riktig hjelp gjerne beskrevet som en måte pasienter kan opprettholde verdighet på. Det blir middelet til et verdig, eller der hjelpen er dårlig, årsak til et uverdig liv (se for eksempel Aftenposten 26.2.2006, VG 11.3.2003, Adresseavisen 29.1.2002). Denne formen for verdighet kaller jeg ”*livsverdighet*”. Å ha livsverdighet handler om å opprettholde en alminnelig livsstandard. Den er knyttet til substansielle rettigheter man har som menneske. Man skal ha mat, klær, få behandling når man er syk og så videre<sup>10</sup>. Livsverdighet er imidlertid noe man *har* og som man må forvalte. Livsverdighet blir et aktuelt begrep når den ikke blir ivaretatt. Når en person går med skitne klær eller mangler mat i kjøleskapet, kan man si at de har manglende livsverdighet. Livsverdigheten eksisterer uavhengig av samhandlings-situasjonene, men møter med hjemmesykepleien kan bidra til å styrke den. Å få styrket livsverdigheten trenger imidlertid ikke skape en verdig samhandling dersom hjelperen må ta i bruk tvang mot pasienten. Dette vil jeg komme tilbake til i forbindelse med autonomi og paternalisme.

I denne oppgaven er jeg opptatt av den individuelle verdighetsfølelsen. Slik jeg ser det, er verdighetsfølelsen knyttet til det Goffman kaller ”jeg-identiteten”. Den styrkes ved vellykket verdighetsformidling og svekkes ved krenkelser. Den enkelte søker å styrke sin verdighetsfølelse, men også å beskytte den mot krenkelser. Jeg vil bruke ordet ”*selvfølelse*”, som i denne oppgaven vil innebefatte den individuelle delen av ”selvet” og ”verdighetsbegrepet”.

Utgangspunktet er at å motta hjelp oppleves ulikt fra mottaker til mottaker. Mottakeren, men også hjelperne, har tanker og (verdighets-)følelser knyttet til den situasjonen de går inn i. Dette er med på å forme hvordan de opptrer i situasjoner, og hva de opplever som krenkende og verdighetsskapende.

Jeg ser på krenkelse som en motsetning til verdighet. Det betyr at den enkeltes selvfølelse svekkes. Britt Lillestø definerer krenkelse i tre punkter:

---

<sup>10</sup> Hvilken standard som kan betegnes som nødvendig for å ha livsverdighet vil være kulturelt betinget.

1. Den inngår i en relasjonell sammenheng
2. Den oppleves subjektivt
3. Det er variasjoner av krenkelse. Alt er ikke krenkende på samme måte for alle.

(Lillestø 1998:213)

Det siste punktet viser at noe som er ment å være en verdighetsformidling fra en part kan oppleves krenkende for den andre. At krenkelse har et relasjonelt aspekt understreker samtidig at krenkelser foregår innenfor samhandlingssituasjoner.

Når jeg har beskrevet livsverdighet og verdighetsfølelse, mangler det å redegjøre for det jeg fra begynnelsen har kalt ”verdighetsformidling”. I en verdig samhandling har aktørene et underliggende budskap: De verdsetter den andre og ønsker selv å bli verdsatt. Derfor har jeg valgt å bruke ”formidling” som kan tydeliggjøre dette aspektet. Jeg kunne for eksempel ha brukt ordet verdighetsforvaltning, noe som uttrykker at verdighet skal tas ansvar for og brukes (riktig). Verdigheten er imidlertid noe vi ikke har full kontroll over. Når man *søker* å formidle verdighet, er det ikke alltid dette blir oppfattet av den andre, og budskapet blir ikke mottatt. Ved å bruke ”verdighetsformidling” viser jeg også til at man ikke bare følger regler for samhandling, men at man har intensjoner og følelser knyttet til egen og andres verdighet<sup>11</sup>. Dette har ikke Goffman vært spesielt opptatt av. Jeg synes også det er et godt uttrykk at man *viser* den andre verdighet, og vil også bruke denne formuleringen.

”Verdighetsformidling” er i motsetning til livsverdighet og selvfølelse, et relasjonelt begrep, som betegner noe som *gjøres*. Det er verdighet man ikke kan besitte, og det er dette aspektet ved verdighet jeg er opptatt av i denne oppgaven. Jeg ser på hver aktør som bærere av noen samhandlingsressurser. Tre ulike ressurser kan beskrives som nødvendige for at verdighetsformidling skal være vellykket. Den første ressursen er aktørenes kapasitet til å beskytte sin selvfølelse og formidle sitt verdige selv til andre. Goffman (1992) uttrykker at det er en menneskelig egenskap å ville fremstille seg selv på best mulig måte. Når jeg snakker om ”*det verdige selv*”, beskriver jeg det selvet aktøren *formidler*, eller *søker* å formidle, i møte med den andre.

---

<sup>11</sup> Jeg vil understreke at intensjoner om å styrke egen og andres selvfølelse ikke kan betegnes som bevisst i en kalkulerende forstand. Jeg forutsetter ikke at aktører i samhandling beregner hvilke handlinger som vil styrke ens egen og andres selvfølelse. Verdighetsformidling betyr likevel noe mer enn å definere situasjoner og følge regler for oppførsel. Aktører handler i samsvar med følelser overfor seg selv og andre.

Etter observasjoner gjort på psykiatrisk sykehus, argumenterer Goffman for et skille innenfor de seremonielle regler. Den ene delen kaller han *demeanor*, oversatt som opptreden<sup>12</sup>.

Gjennom holdning, talemåte og gester, viser man sine samhandlingspartnere hvilke kvaliteter man har som menneske. Når man viser god opptreden, tar man i bruk den første ressursen og fremstiller seg selv som verdig. Den første ressursen betegner evnen til å beskytte egen selvfølelse og fremstå med god opptreden.

En vellykket samhandling krever likevel mer enn at aktørene formidler sine egne verdige selv. De må også handle til det beste for den andre part. Goffman (1967a: 90) hevder at det er disse *doble ritualene* som binder hele samfunnet sammen. En person vil både være orientert mot å forsvare eget og beskytte den andres ansikt (Goffman 2004: 47). Evnen til å beskytte og styrke den andres ansikt eller selvfølelse, vil jeg betegne som den andre samhandlingsressursen. Bruk av de seremonielle reglene for å vise den andre verdighet, kaller Goffman for *deference*, oversatt som aktelse<sup>13</sup>. Det innebærer bekreftelsen og anerkjennelsen av den andres opptreden.

Formidlingen av aktelse kan skje på to måter, enten ved unngåelse eller presentasjon. Presentasjonsritualer beskriver hvordan noe gjøres. Aktøren formidler hvordan hun oppfatter den andre, og viser hvordan hun har tenkt å behandle vedkommende. Goffman mener det er fire typer av presentasjonsritualer for å vise aktelse: Hilsing, invitasjon, komplement og små tjenester. Unngåelsesritualer handler om hva som ikke gjøres, og til hvem. Unngåelse er en måte å vise respekt, ved å ikke komme den andre for nær. Dette gjelder i fysisk berøring, så vel som i samtale. Goffman knytter dette opp mot sosial status. Man respekterer dem med høyere status ved å unngå å komme for nære, men man beskytter seg selv ved unngåelse overfor personer med lavere sosial status. Dette kalles asymmetriske regler. Den andre samhandlingsressursen betegner aktørenes evne til å vise andre aktelse og formidle verdighet.

Goffman understreker at aktelse og opptreden kun kan skilles som analytiske begreper, og at å vise noen aktelse også innebærer å fremvise god opptreden, og motsatt. Et eksempel på

---

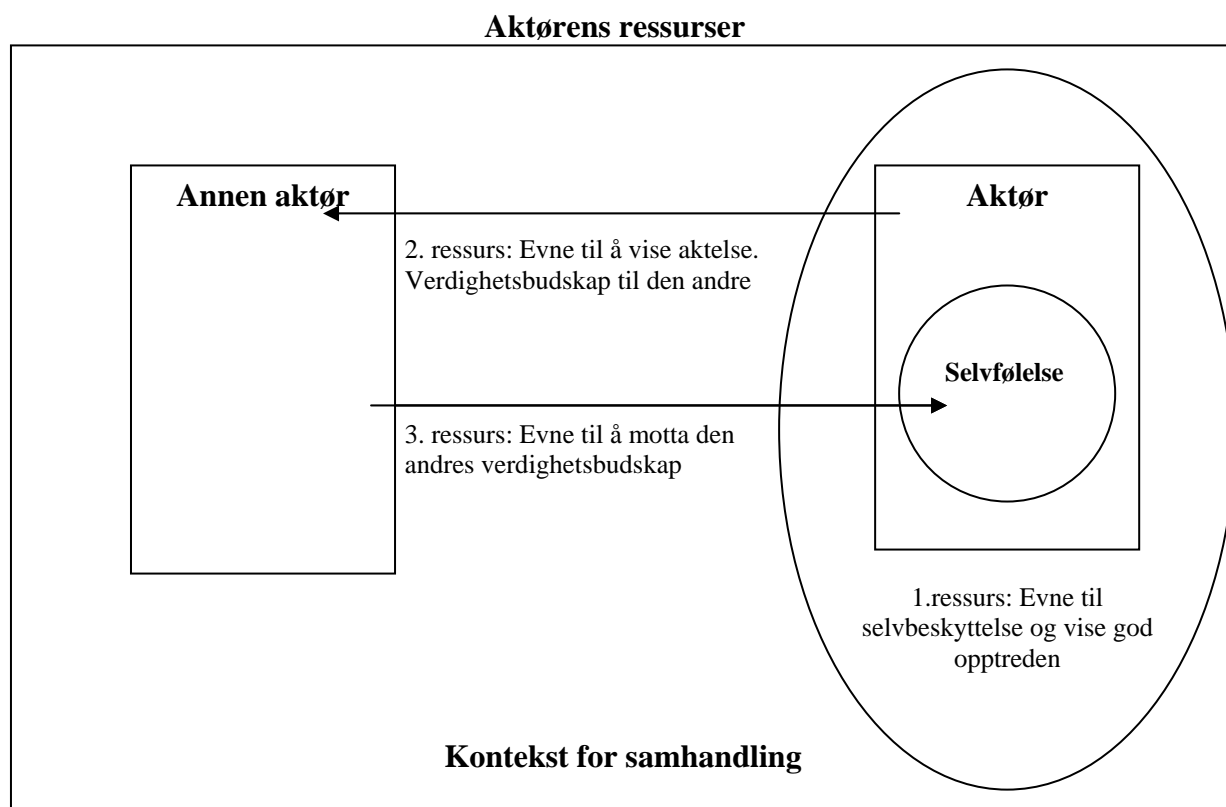
<sup>12</sup> Oversettelse fra Aagoth Elise Storvik (1996).

<sup>13</sup> Oversettelse fra Aagoth Elise Storvik (1996). "Deference" og "demeanor" har også blitt oversatt til respekt og respektabilitet. Jeg har valgt å benytte Storvik sin oversettelse på grunn av hennes bruk av "opptreden". Selv om dette ikke er et like presist begrep som respektabilitet, er dette et ord som gir intuitiv mening, og er språklig lettere å bruke. Det kan for eksempel i større grad brukes som et gradsbegrep i beskrivelse av god og dårlig opptreden.

dette er når en hjelpemottaker rydder før hjemmesykepleien kommer på besøk. Det viser aktelse til pleierne, men mottakeren formidler også en god opptreden.

Det tredje og siste ressursen som kreves for å skape en verdig samhandling, er aktørenes evne til å oppfatte og ta imot og den andres formidling. På samme måte som man må oppfatte hva den andre sier for å føre en samtale, må man oppfatte hva den andre formidler for at det skal skapes en verdig samhandling. Dette danner utgangspunkt for at aktørene kan fortsette å formidle verdighet til hverandre.

Når de to første ressursene blir tatt i bruk av begge samhandlingsparter, og begge oppfatter den andres formidling, får man til det som kan kalles ”en verdig samhandling”. Da har partene gjensidig formidlet og bekreftet sitt eget og den andres verdige selv. Jeg vil vise en modell for hvordan en aktørs ressurser danner forutsetning for en verdig samhandling.



**Figur 1**

Grunnen til at jeg har beskrevet disse ressursene, er at de synliggjør at aktørene tar med egne følelser og oppfatninger inn i situasjonene. Jeg vil også bruke ressursene for å beskrive det jeg vil kalle ”verdighetsstrategier”. Under mine observasjoner var jeg stadig vitne til situasjoner

der aktørene ikke fikk til verdige samhandlinger. Enkelte ganger skapte misforståelser slike hendelser. Andre ganger lot det imidlertid til å skyldes at aktørene tok i bruk ressursene sine på en ubalansert måte. I enkelte situasjoner lot pasienten eller pleieren til å være mer opptatt av å formidle egen verdighet på bekostning av andres. For eksempel kunne noen brukere kjefte på hjelperne, selv når hjelperne forsøkte å være flinke og vennlige. Dette viser situasjoner der ressurs nummer to, evnen til å vise den andre aktelse, ikke ble tatt i bruk hos brukeren. I slike situasjoner unngikk enkelte hjelpere å forsvare seg, og godtok dermed pasientenes kritikk av dem. Dette tyder på at de valgte å la pasientens verdighet være viktigst. Det gikk på bekostning av den første ressursen, å kunne beskytte sin selvfølelse og fremstå med god opptreden, ble ikke brukt i like stor grad. *Verdighetsstrategier* er beskrivelser av aktørenes mer ensidige bruk av den første eller andre ressursen.

Verdighetsstrategiene er atferds- eller tankemønstre jeg fikk øye på ved å observere, men flere av dem oppdaget jeg under intervju og uformelle samtaler med bruker og hjelper. Strategiene er måter aktørene takler eget og andres skjøre selv på<sup>14</sup>, og kommer til uttrykk i og påvirkes av samhandlingen. De kan være bevisste eller ubevisste, og jeg vil ikke forholde meg til dette i mine tolkninger.

Goffman hevder at aktelse og opptreden må institusjonaliseres for at det skal kunne skapes verdige samhandlinger (Goffman 1967a: 91). Jeg forstår utsagnet som at når det er større sikkerhet rundt hvilken ramme som eksisterer og hvilken relasjon partene har til hverandre, vil det også være lettere å vite hvilke ritualer som er verdighetsformidlende. I hjemme-sykepleien der grensene er uklare, tabuene mange, og arbeidsbetingelsene stramme, vil krenkelsespotensialet ofte være stort både for hjelper og mottaker. Dette gir større utfordringer i forhold til å skape verdige samhandlinger og åpner for en utstrakt bruk av verdighetsstrategier.

## **Autentisitet og umiddelbarhet**

Astrid Skatvedt (2002) hevder at verdighetsformidling ikke skjer ved rituell samhandling alene. Hun tar i bruk Johan Asplunds (1987) begrep om sosial responsivitet, og trekker det inn som en ny og viktig del av Goffmans rituelle verdighetsformidling. Asplund (1987) beskriver i *Det sociala livets elementära former* sosial responsivitet som noe som ligger naturlig i

---

<sup>14</sup> "Skjøre selv" er hentet fra Album (1996:38) og er brukt for å beskrive sykehuspasientenes usikre ontologiske status, fordi de både er syke og innlagt på sykehus. Her bruker jeg betegnelsen som et gjensidig fenomen hos hjelper og mottaker, fordi møtene deres skaper usikkerhet og utfordringer for begge parter.

mennesket, og viser at handlinger berører en følelsesmessig. Sosial responsivitet innebærer at aktører gir autentiske og umiddelbare uttrykk for seg selv i samhandlingen. Skatvedt hevder at en gyldig rituell verdighetsformidling kun kan foregå ved at samhandlingen bærer preg av autenticitet og umiddelbarhet. Hennes utgangspunkt er hvordan behandlere i en avrusningsinstitusjon snakker med beboerne der. Uten autenticitet og umiddelbarhet i samtaler blir verdighetsformidlingen ”tom” og bidrar ikke til verdige samhandlinger. Samhandlingene er i disse tilfellene rike på ritualer, men oppleves tomme fordi de mangler emosjonelle uttrykk. Samhandlingene fungerer verdighetsskapende når de ansatte snakker til beboerne med en likeverdig tone og viser egne følelser overfor dem. Da virker den rituelle verdighetsformidlingen ekte, og man kan si at de uttrykker sosial responsivitet.

Skatvedt hevder at kravet om autenticitet kommer i konflikt med Goffmans teori om at menneskelig samhandling er regelstyrt (2002: 19). Jeg er enig i at Goffman ikke problematiserer autenticitet i samhandling i noen særlig grad, men tenker ikke nødvendigvis at å følge regler er en motsetning til å vise autenticitet i samhandling. Goffman hevder ikke at man er fullstendig bundet av situasjoner. Selv om det er skapt en definisjon av situasjonen, har man ulike handlingsmuligheter innenfor den<sup>15</sup>. Å handle umiddelbart og autentisk trenger ikke nødvendigvis innebære å bryte eller handle på siden av samhandlingsritualene.

Jeg synes også Goffman (1992) diskuterer autenticitet når han vektlegger betydningen av å overbevise andre om at man er den man gir seg ut for å være. Han beskriver at aktører både gir og avgir tegn. Tegnene man avgir er utilsiktede, men ikke nødvendigvis ubevisste (1992: 13). For å gi et autentisk uttrykk vil det være sentralt å skape en helhet i tegnene man gir og avgir. Dette kan ses på som uttrykk for inntrykksstyring (og dermed kanskje det motsatte av autenticitet), men går samtidig ut på å gi respons som virker reell for andre. Aktører har ressurser som gjør at de kan oppfatte andres verdighetsformidling. Det tyder på at de også vil oppfatte om ritualene er tomme, og det ikke formidles verdighet. Dersom aktørene er opptatt av å styrke den andres selvfølelse, vil de også opptre autentisk overfor dem. Jeg ser på manglende autenticitet som uttrykk for at aktøren ikke er spesielt opptatt av å formidle verdighet til den andre part.

---

<sup>15</sup> Et eksempel på dette er Goffmans (1961) ”Role distance”. Her beskriver Goffman hvordan aktører kan fjerne seg fra rollens krav ved å fremheve en annen status ved seg selv.

På den annen side har jeg, som Skatvedt, hatt problemer med å bruke Goffman til å beskrive at aktører berører hverandre på et dypere nivå. Jeg har løst dette ved å knytte verdighet til individuell selvfølelse og medfølelse for andre. Regler er ikke noe man bare følger for å tilpasse seg, man ønsker også å styrke den andres selvfølelse. Begrepene om autenticitet og umiddelbarhet vil brukes for å problematisere verdighetsformidlingen i samhandlinger i hjemmesykepleien.

## Hjelp

”Hjelp” er et diffust begrep med mange betydninger og innhold. Hva det innebærer å hjelpe noen, vil også være ulikt ut fra hvem som kan definere det (Skau 1996: 42f). ”Å hjelpe” er en sosial handling, og i hjemmesykepleien vil det bety at ansatte utfører tjenester som mottakeren ikke klarer eller vil gjøre selv. I denne oppgaven vil ”hjelp” også inkludere utføring av oppgaver som mottakeren ikke erkjenner at hun ikke klarer. I de tilfellene er det de ansattes definisjon som gjelder.

Hjemmetjenester kan sies å være organisert hjelp. Innen sektoren skilles det mellom hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Hjemmehjelp er brukerbetalte tjenester, som husvask og handling, mens hjemmesykepleie innebærer oppgaver knyttet til stell, mat og medisiner. Hjemmesykepleie blir således ikke karakterisert som hjelp, men som (syke)pleie. Likevel var oppdragene til pleierne fulle av ”hjelp oppdrag”. Hjelp til stell, strømper, middag osv. Yrkestittelen ”hjelp pleier” tyder også på at det er hjelp som er sentralt.

## Omsorg

Hjemmesykepleie hører under velferdsstatens yrker, og har gjerne blitt kalt et ”hjelpende yrke” eller ”omsorgsyrke” (Ramsøy og Kjølsvold 1986, Isaksen 2003, Thorsen, Dahle og Vabø 2001). Omsorgsbegrepet er likevel ganske diffust. På politisk plan har omsorgstanken i stor grad blitt erstattet med et brukerperspektiv (Sosial og helsedepartementet 1995). Det vil si at det har blitt større fokus på mottakerne som konsumenter av profesjonell hjelp. Omsorg har dermed delvis blitt ekskludert fra pleiernes oppdragsutførelse. Eli Merete Kvamme skiller mellom ”omsorg” og ”omsorgsarbeid”. ”Omsorgsarbeid” innebefatter hjelp som gis til de som ikke kan utføre oppgavene selv. Dette arbeidet kan utføres uten at det nødvendigvis gis omsorg (Kvamme 2000: 10<sup>16</sup>).

---

<sup>16</sup> Dette skillet har Kvamme hentet fra Karen Christensen (1998): *omsorg og arbeid*. Doktorgradsavhandling sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen. Denne har ikke vært mulig å få tak i.



”Omsorg” kan sies å innebære både følelser og handling (Wærness 1982). Kirsten Thorsen beskriver omsorg i hjemmetjenesten som *”hjelp gitt med respekt og lydhørhet både for praktiske og psykiske behov”* (2001: 31). Hun synes dermed å definere omsorg som en måte å utføre hjelpen på. Wærness har introdusert et begrep om omsorgsrasjonalitet, der dette også er tema. Hun mener at omsorg handler om menneskelige og etiske verdier og er kritisk til måling av omsorgstjenester ut fra en effektivitetsskala (Wærness 2000: 8). Dette betyr at ”omsorg” likevel er et aktuelt begrep, selv om beskrivelsen av yrkesutførelsen ikke synes å se omsorg som sentralt.

Jeg ser på omsorg som en del av verdighetsformidling og verdighetsstrategier. I denne oppgaven vil jeg beskrive hvordan pleierne *viser seg* som omsorgsfulle overfor pasientene, og hvordan pasientene tar imot og oppfatter denne omsorgen.

### **Paternalisme og autonomi**

I ”å hjelpe noen” ligger det en forventning om at både den som gir og den som får hjelpen ønsker dette. Paternalisme innebærer at man tar beslutninger for andre, og det er gjerne en tanke om omsorg bak utførelsen av det. Enkelte pasienter kan ønske å bli tatt hånd om, og da vil paternalismen fungere som en måte å avlaste henne eller han på. Paternalisme kan på den annen side stå i motsetning til den enkeltes autonomi, og det berører et kjerneproblem i omsorgsyrkene. Omsorgen innebærer da at man tar beslutninger for andre som den andre ikke nødvendigvis oppfatter som legitime (Vabø 1998: 108). Det kan for eksempel være tiltak for å styrke mottakerens livsverdighet, som å presse dem til å kle på seg eller skifte bleie. Omsorgsutøvelsen kommer således i konflikt med verdighetsformidlingen. I hjemme-sykepleien har tanken om autonomi stått sterkt (Vabø 1998: 108), men respekt for den andres autonomi eller bruk av paternalisme er likevel en klassisk problemstilling, spesielt i forhold til demente.

### ***Fra teori til empiri***

Jeg har nå gjort rede for mitt teoretiske ståsted, og gått igjennom en rekke begreper som vil brukes i oppgavens analyse. Det har vært sentralt å redegjøre for verdighetsbegrepet fordi det er flertydig og sentralt i denne oppgaven. Jeg har beskrevet og navngitt ulike betydninger av verdighet: Verdighet som tilstand (livsverdighet), individuell opplevelse (selvfølelse) og noe

som formidles i samhandling (verdighetsformidling). Jeg er mest opptatt av verdighet i samhandling, men formidling av verdighet påvirker også aktørers opplevelse av seg selv og egen situasjon. Jeg har også beskrevet hvilke ressurser man må ta i bruk for å formidle verdighet. Det siste elementet i min forståelse av verdighetsbegrepet, er det jeg kaller verdighetsstrategier. Verdighetsstrategier innebærer at aktørene gjør en mer ensidig bruk av den første eller andre ressursen, og den gjensidige verdighetsformidlingen er derfor ikke like fremtredende i beskrivelsene av disse.

Jeg har delt oppgavens analyse i to kapitler. Det første kapitlet følger i stor grad Goffmans situasjonsfortolkning, hvor jeg ser på hvordan pleier og pasient forsøker å skape verdige samhandlinger. Det andre kapitlet er mer direkte knyttet til individuelle tolkninger, og hvilke verdighetsstrategier hjelper og mottaker benytter. Her kan grunnbestanddelen sies å være individer og deres reaksjoner på situasjoner.

## 5. Den verdige samhandling

I dette kapittelet ser jeg på hvordan partene tar i bruk sine ressurser for å skape verdige samhandlinger. Hjemmesykepleiens betingelser fører til at relasjonen mellom hjelper og mottaker i utgangspunktet er uklar. Hvilke handlinger som fungerer verdighetsskapende og ikke, er derfor ulikt mellom personer og situasjoner. Her trekker jeg frem ulike elementer ved situasjonene som kan vise hvordan hjelper og mottaker sammen håndterer verdighetsutfordringer på samhandlingsnivå.

Først vil jeg se på hvordan hjelper og mottaker forholder seg til ritualer rundt bruk av mottakerens navn, og deretter hjelperelasjonens asymmetri knyttet til sosial status. Neste tema er samtale mellom hjelper og mottaker. Hjelper og mottaker snakker sammen på ulike måter, og hva man kan og ikke kan snakke om varierer. Jeg vil gi et bilde av hvordan slike samtaler kunne foreløpe, og vurderer hvilken betydning dette hadde for aktørenes oppfatning av relasjonen til hverandre. Jeg går så over til å diskutere problemstillinger mer direkte knyttet til hjemmesykepleiens særegenhet. Hjelper og mottaker må forholde seg til at hjelperen jobber under et tidspress, noe som skaper ytterligere utfordringer på samhandlingsnivå. En annen problematikk som blir diskutert, er hvordan hjelper og mottaker skal snakke om tabubelagte områder, som vask av intime kroppsdeler. Enkelte har et ønske om å motta hjelp og pleie i eget hjem, mens andre stiller seg mer uforstående til hjelpen. I den siste delen ser jeg på hvilke utfordringer dette får på samhandlingsnivå, og hvordan hjelperne blir nødt til å veie verdighetsformidling mot paternalisme.

### Bruk av navn

Under det første møtet mellom en pleier og en hjelpemottaker, er navnet en del av presentasjonsritualet. Pleieren kjenner mottakerens fulle navn og andre personopplysninger, mens mottakeren ikke vet noe om pleieren. Å kjenne igjen og bruke en annens navn, kan være en verdighetsformidling i seg selv. Det tydeliggjør at man har lagt merke til og anerkjenner den andre. Man viser både aktelse og god opptreden. Dette viste seg spesielt i forhold til brukernes kjennskap til de ansattes navn. De brukerne som ønsket et nært forhold til personalet, viste gjerne at de kjente navnet på flere av de ansatte. Enkelte ropte fra soveværelset eller stuen og lurte på hvem som kom. Andre syntes ikke å registrere *hvem*, men heller *at* noen kom, og forholdt seg likt til alle.

De ansatte tiltalte mottakerne på ulike måter. Noen brukte fornavnet, andre etternavnet. Dette lot ikke til å være knyttet til de ansattes utdanning, men de yngste brukte oftere fornavnet. Brukerne selv kommenterte heller aldri hvordan de ønsket å bli tiltalt. Som Goffman fremhever, kan man ikke gi seg selv verdighet, fordi det er noe som kun kan formidles i forhold til andre (1967a: 58). Å insistere på å bli tiltalt på en bestemt måte, blir dermed en måte å undergrave egen verdighet på. Respekt er ikke noe man kan gjøre krav på. Det viste seg at selv om brukere omtalte seg selv med etternavn, rettet de ikke på dem som tiltalte dem ved fornavn. Dette gjør navnebruken problematisk. De ansatte blir nødt til å velge en tiltaleform, og brukeren kan ikke korrigere fordi det vil vise dårlig opptreden. I møte med meg presenterte mottakerne seg på ulik måte, de fleste med begge navn, men noen kun med fornavn eller etternavn.

De ansatte presenterte seg kun ved fornavn. Dersom de ikke hadde møtt brukerne før, håndhilste de og hjelperen sa fornavnet sitt. Det betyr at de som tiltalte brukerne ved etternavn, skapte en asymmetrisk relasjon til dem. Bruk av etternavn er et tegn på unngåelse, og kan således fungere som en verdighetsformidling. De viste mottakeren aktelse og respekt. I disse sammenhengene ble verdighetsformidling forbundet med distanse, og pleierne forholdt seg i større grad til den andre som en fremmed. Dette henger trolig også sammen med en generasjonsendring. Etternavnet blir brukt mindre blant yngre mennesker, og tiltale ved etternavn fulgte derfor brukernes standard for samhandling. Dette kunne fungere som en ytterligere verdighetsformidling fra de ansattes side, ved at de lot mottakerens standard styre.

Andre brukte i større grad fornavnet til mottakerne. I *Anstalt og menneske* (1967b: 30), uttrykker Goffman at bruk av fornavnet på den institusjonaliserte er en del av de personlige krenkelser i institusjonen. På den tiden da Goffman skrev dette, var bruk av etternavn en sentral del av de seremonielle reglene, og det lå derfor et større krenkelsespotensiale i bruk av andres fornavn. Dagens mottakere av hjemmesykepleie hører til en generasjon der den sosiale etikette har vektlagt avstand og unngåelse fremfor nærhet. Bruk av fornavnet kunne derfor oppfattes som en måte å vise manglende respekt og avstand på. Dette syntes å være tilfelle hos demente Christian. Første gang jeg hilste på han, presenterte han seg ved etternavn. Likevel kalte de fleste han ved fornavn når de var på besøk. Christian var en av dem som tydelig følte seg litt ”herset” med av de ansatte. Han var ikke alltid enig i hva

hjelperne skulle gjøre hos han. Ved at de i tillegg brukte fornavnet hans, kunne dette bidra til en følelse av ytterligere nedvurdering fra pleierne.

Det vil være en undergraving av egen verdighet å insistere på hvordan man skal bli tiltalt. På den annen side er det ikke like strenge regler i forhold til å ”nedvurdere” seg selv, og kreve at kun fornavnet skal brukes. Det kan være en verdighetsformidling til den andre, at man vil stille seg på likefot og tre ut av den formelle relasjonen. Man kan si at den sikreste verdighetsformidlingen fra de ansatte ville være å benytte etternavnet. Da ville brukerne ha mulighet til å omgjøre dette. Men på samme måte som at de ansatte hadde ulik praksis i forhold til å bruke fornavn eller etternavn, var brukernes innstilling til dette også ulik. Det viste seg at å bruke fornavnet også kunne være en form for verdighetsformidling, fordi de skapte symmetri og likeverd i situasjonen. Det var et brudd på unngåelse og distanse, og ble et symbol på at de ansatte knyttet seg nærmere til pasienten. Jeg var overbevist om at en av brukerne, Esther, ville følt seg krenket ved å bli tiltalt ved etternavn. Hun mente at hjemmesykepleien var deres venner, og å tiltale henne ved etternavn, kunne bli en måte å fornekte hennes nærhet til pleierne.

Bruk av fornavn får to funksjoner i denne sammenhengen. Ut fra Christians oppførsel tydet ingen ting på at han ønsket nærhet til de ansatte. Å tiltale han ved fornavn ble en umyndiggjøring og krenkelse av hans status som likeverdig. Esther viste derimot et ønske om nærhet, og bruk av fornavnet var dermed en verdighetsformidling. Dette understreker den subjektive opplevelse av verdighet og krenkelse. Et sentralt moment i denne sammenheng er forskjellen mellom de ansattes relasjoner til mottakerne. Enkelte av de ansatte hadde besøkt noen mottakere i mange år. Det var trolig mer naturlig å bruke etternavnet under de første møtene, men over tid kunne det oppleves som riktigere å forholde seg til hverandre på en mer personlig måte.

Under noen besøk brukte pleieren mottakerens navn mange ganger. Dette skjedde selv når det ikke var tvil om hvem som ble snakket til. Enkelte sa navnet til brukeren når de hilste, og ellers kunne de gjøre det i forbindelse med spørsmål. For eksempel: ”*Skal du på do først Christian?*” eller ”*Skal jeg lage noe middag til deg, Esther?*”. Dette bekrefter at bruk av navnet i seg selv kan knyttes til verdighetsformidling. Det ligger en personlig anerkjennelse i å ta i bruk den andres navn. Aagoth Elise Storvik understreker at det symboliserer en nærhet i

forholdet (1996: 130). Kanskje var vissheten om navnebrukens symbolverdi en grunn til at noen av de ansatte ikke brukte navn i det hele tatt. Dersom de var usikre på hvilken tiltaleform de skulle bruke, kunne en løsning være å unngå å bruke navnet. De uklare grensene i hjemmesykepleien kan dermed bidra til svakere verdighetsformidling. På den annen side, kan unngåelse av navnebruk henge sammen med at de heller aldri trengte å forklare hvem de snakket til. Dersom de ansatte ikke hadde noen tanker om hva de formidlet ved å bruke mottakerens navn, ville det være unødvendig å bruke det.

Bruk av navn syntes å skape problemer fordi hjelper og mottaker ikke hadde et klart definert forhold til hverandre. Dette gjorde det vanskeligere å ”gardere” seg mot å krenke eller bli krenket. Tonje Houg (1992) forteller om ulike, men institusjonalisert praksis på sykehjem. Det vil si at pleierne på sykehjemmene var konsekvente i sin navnebruk, men at det var ulikt om de brukte fornavn eller etternavn. I hjemmesykepleien hadde de større mulighet til å sjonglere mellom ulike tiltaleformer, fordi brukerne ikke var på samme sted. Dette kunne føre til større usikkerhet, men ga også hjelperne frihet til å tilpasse tiltaleformen til mottakerne.

### **Sosial status og presentasjonsritualer**

Hva som passet seg å gjøre og ikke gjøre var også knyttet til sosial status. Ramsøy og Kjølørød (1986) beskriver at i yrker som krever lav eller ingen utdanning har de ansatte gjerne samme sosiale bakgrunn som klientene. Jeg gjorde feltarbeid på ”beste vestkant” og fant at brukerne jeg var hos stort sett hadde høyere utdanning, og kunne plasseres i en gruppe med høy sosioøkonomisk status. De fleste hjelperne var ufaglærte eller hadde hjelpepleierutdanning<sup>17</sup>. Hjelperne syntes i stor grad å anerkjenne og bygge opp under mottakerens sosiale status. Før besøkene fortalte de meg gjerne hva vedkommende hadde jobbet med, hvilke bekjentskaper de hadde hatt eller beskrev leiligheten deres. Også i møtene med brukerne kunne jeg spore en slags andektighet overfor dem. Under et besøk fortalte en hjelper meg at brukeren hadde så mye flott kunst. Brukeren fortalte at han nettopp hadde gitt bort noen bilder til barnebarna, og hjelperen bekreftet at de var flotte. Dette betegnet det jeg har forklart som presentasjonsritualer. Ved å gi komplimenter til den andre viser man dem aktelse. Senere fortalte hjelperen om en kjent restaurant hun hadde vært på, og de diskuterte prisen på restauranten.

---

<sup>17</sup> Fagutdanning fra videregående skole.

En av de ansatte la om sin sosiolekt da hun var på hjemmebesøk. Hun tok i bruk ord som ”meget” og ”røkte”, selv om det ikke hørte til i hennes vanlige måte å snakke på. Storvik beskriver at de hun kaller ”de personlige legene” gjerne la om språkbruken og brukte mer ”slang” når de fikk inn pasienter fra østkanten (1996: 138). Dette sier noe generelt om tjeneyteres ønske om å være på nivå med den andre. Dette kan også betegnes som et presentasjonsrituale, da hjelperen skapte likhet mellom dem ved å tilpasse seg mottakerens talemåte. Mottakerens sosiale status ble på den måten bekreftet gjennom sitt møte med pleieren.

Glaser og Strauss (1965: 228 og 1967: 42) har studert pleieres behandling av pasienter på sykehus. De viste at det foregikk forskjellsbehandling etter hvilken status pasienten hadde. Høy sosial status ga økt service fra personalet. Jeg kunne til dels kjenne igjen dette, men opplevde det også som et krav fra pasientenes side. Enkelte av brukerne var tydelig sin status bevisst. En uttrykte at *”Det er forskjell på folk, oslofolk, vestkantfolk”*.

Goffman (1967a) studerte unngåelses- og presentasjonsritualer på psykiatrisk sykehus. Der er det legene som har høyest status, så sykepleierne, og pasientene har den laveste sosiale statusen. Der jeg gjorde feltarbeid var det ofte brukerne som hadde høyest sosial status. Siden de var i sitt eget hjem, og således var symbolsterke, hadde de også større mulighet til å opprettholde den vis á vis den andre. Bodil Ellefsen hevder at hjemmesykepleieren lett kan identifiseres med kvinnerollen i hjemmet, eller en slags hushjelp (1986: 95). Dette kan synes sterkere der mottakerne har høy sosial status. I et intervju spurte jeg en bruker om han følte seg respektert av hjelperne. Han svarte at han gjorde det, og begrunnet det med at de ansatte kjente til hans yrkestittel.

Hjelperelasjonen har en iboende asymmetri. Hjelperne kan i stor grad definere hva som er nødvendig og tilstrekkelig pleie. Hjemmesykepleie hører imidlertid ikke til de prestisjetunge yrkene, og der brukerne har høy sosial status, er det også grunnlag for en motsatt asymmetri, hvor mottakeren i større grad kan definere hva slags forhold partene skal ha til hverandre. På grunn av denne doble asymmetrien kunne det derfor oppstå noen forvirrende situasjoner, hvor det var uklart om presentasjons- eller unngåelsesritualer skulle praktiseres. Dette viste seg da jeg var med hjelper Kari til Frederik. Hun så at han strevde med å få vasket seg.

K: Er du så blitt så dårlig i armene?  
F: Ja, det har jeg sagt deg før.

Frederik svarte henne surt, og avsluttet tema. Dette kunne bety at det var et sårt tema som han ikke ønsket å snakke om det i det hele tatt. Men under to besøk med andre hjelpere, kommenterte han selv at han hadde blitt dårlig i armene.

Kari valgte å kommentere Frederiks tilstand, noe som kan betegnes som et presentasjonsrituale. Hun tilnærmet seg Frederik ved å stille et spørsmål som var knyttet til hennes status som hjelper. Frederik ble imidlertid irritert over dette spørsmålet. I de to andre tilfellene tok han selv opp problemet med armene, slik at hjelperne ikke brøt noen grenser for tilnærming. Dette kan videre knyttes til sosial status. Som nevnt under begrepsavklaringene vil de med høyere sosial status beskytte seg fra de med lavere sosial status. De med lavere status skal i større grad følge unngåelsesritualer. Kari var ufaglært og hadde ingen høyere utdanning, og Frederik lot til å sanksjonere hennes bruk av presentasjonsritualer. De to andre pleierne hadde begge høyere utdanning. En var sykepleier, mens den andre hadde en teknisk utdanning. Dette kan bety at han heller ikke hadde like stort behov for å beskytte seg fra disse hjelperne. Kanskje var det slik at han så på det å få ufaglært hjelp som en måte å degradere hans sosiale status? Dette er nok et eksempel på hvordan samme utsagn kunne få forskjellige reaksjoner etter hvem som møttes og hvilken situasjon som ble definert.

Dette tydeliggjør at pasientenes sosiale status hadde innvirkning på forholdet hjelper og mottaker hadde til hverandre. Hjelperne forsøkte å tilpasse verdighetsformidlingen etter mottakerens sosiale status. I tillegg til det asymmetriske hjelperforholdet, ga brukernes sosiale status en motsatt asymmetri i relasjonen mellom hjelper og mottaker.

### **Måter å samtale på**

Det ble alltid snakket under besøkene av hjemmesykepleien. I sammenhenger hvor man ikke kjenner hverandre godt, bruker man gjerne samtalen for å skape en hyggelig stemning, fordi man tross alt er på samme sted og skal forholde seg til hverandre en stund. *"Praten kommer av seg selv, fordi det ville være for pinlig å holde seg stille"* (Album 1996: 97). Under feltarbeidet så jeg ulike måter samtalene ble brukt på og hvordan dette bidro til ulik grad av verdighetsformidling.



Hjelperne diskuterte for eksempel ”oppdraget” på ulike måter med pasientene. Her er et utdrag fra en samtale mellom Helge som skulle hjelpe Bjørn med en dusj:

B: Vi tar vel ikke dusj i dag?

H: Jo, det gjør vi

...

B: Skal vi vaske håret også?

H: Ja

En samtale mellom Reidun og hjelperen Kristine foregikk slik:

K: Jeg lurte på om jeg skulle hjelpe deg med å skifte en bleie.

R: Men er det nødvendig da?

K: Ja, det er kanskje greit å få gjort.

R: Ja, en sånn til natten?

K: Ja

R: Ja, det kan vi gjøre.

K: Ja, men du bestemmer det selv.

Den første hjelperen var mer kontant, og samtalen ble brukt til å gi beskjed om hva som skulle skje. Den andre hjelperen vektla i større grad forhandling med mottakeren. Det kunne synes som at menn og kvinner fulgte henholdsvis den første og den andre måten å kommunisere på.

Det er i utgangspunktet lettest å se verdighetsformidlingen i det siste eksemplet. Kristine forhandlet med Reidun i stedet for å bestemme, og Reidun fikk mulighet til å komme med sine motforestillinger. I det første eksemplet er det hjelperen Helge som avgjør. Slik kan det kan virke som at autonomien til mottakeren blir begrenset. Samtidig kunne også samtalen mellom Reidun og Kristine gi et inntrykk av at utfallet allerede var gitt, og at forhandling kun var en måte å samtale på. Opplevde Reidun at hun hadde en reell mulighet til å si nei? Å vektlegge forhandling, syntes likevel som en måte pleieren formidlet verdighet til brukerne. For eksempel var det noen som spurte brukere ”*Når vil du at jeg skal komme neste gang (til middagsbesøket)?*”. I disse tilfellene var det tydelig at pleieren allerede visste når brukeren likte å få besøk, men de brukte en forhandlende samtaleform for å vise at brukeren ble tatt hensyn til.

Den første samtalen bar ikke preg av likeverdighet og forhandling. Det lot også til at de mannlige ansatte i mindre grad benyttet høflighetsritualer i samtale. En mannlig hjelper fortalte at han pleide å avslutte og gå når brukerne satte i gang med lange enetaler. De

kvinnelige hjelperne forhandlet seg i større grad ut av samtaler ved å komme med konkluderende kommentarer og begrunne hvorfor de måtte gå. Mennenes samtaler kan knyttes til Goffmans beskrivelse av anstalten (1967b). Anstalten er preget av og formidler tydelig ufrihet for de som er ”på innsiden”. Helges beslutsomme tone tydeliggjorde hans kontroll over mottakerens liv. På den annen side var det åpenbart at mottakerne hadde mulighet til å nekte hjelp, og både mannlige og kvinnelige hjelpere måtte ofte gå fra besøk uten å få gjennomført oppdraget. Slik syntes det at disse uttrykkene hadde mer betydning for samtalsform, enn at de beskrev kontrollerende hjelpere og rigide systemer.

Enkelte av de kvinnelige hjelperne hadde en spesiell måte å snakke til brukerne på. De snakket sakte og dro på ordene. Spørsmål og positive utsagn fikk en høy avslutningstone, mens korte ord og negative utsagn gjerne fikk dype avslutningstoner. Latteren var også bemerkverdig jevn og høy. Dette kunne forklares med behovet for å snakke høyt og tydelig, noe som kunne være en utfordring for kvinner med lav stemme. Samtidig ble for eksempel setningene ofte avsluttet med ”vet du”. Dette kan oppfattes som en nedlatende måte å snakke til brukerne på. Tydeligheten kunne også virke tilgjort, på samme måte som man lager en ”barnestemme” når man snakker med barn. Skatvedt (2002: 40) diskuterer også denne problematikken. Hun gir et eksempel på en ansatt som skryter av en beboer fordi han klarer å lage middag alene. Det er en måte å gjøre den andre til et barn, og ikke likeverdig menneske. Samtalene fulgte ritualer for verdighet, men måten noe ble sagt på, kunne bety at ritualene ikke fungerte slik.

På den annen side var også disse pleierne høflige og hjelpsomme, og ingenting tilsa at brukerne likte dem noe mindre enn andre hjelpere. Mottakerne reagerte altså ikke på dette som en negativ måte å snakke med dem på. Kanskje var det slik at de ikke oppfattet samtaleformen som annerledes? Mange hadde dårlig hørsel og flere hadde nedsatte kognitive evner. Slik kunne det kanskje være vanskelig for dem å skille ut og oppfatte nyanser i måter å snakke på. En annen forklaring kan være at brukerne ikke tolket dette som nedlatende. Brukerne kunne kanskje forvente at hjelperne snakket til dem på en annen måte enn deres familie og venner gjorde. De hadde en annen type relasjon. Dette kan tyde på at samtaleformen var godtatt innenfor en ”omsorgsramme”. Samtaleformen var akseptert av mottakeren, og hjelperen kunne bevisst eller ubevisst tre inn i den.

Et annet trekk ved samtalerne, var at utsagn sjelden ble problematisert av de ansatte. De ansatte holdt ofte tilbake sine egne meninger, og ”jattet med” brukerne. Et eksempel på dette var hjelper Hilde sin samtale med Grete, om å få sykehjemsplass til hennes mann:

Grete snakket mye om at hun også var veldig syk, og at det var veldig vanskelig for henne. Hun hadde søkt sykehjemsplass for han, men fått avslag for 3. gang. Men hun skulle klage nå. Hilde bekreftet ”Ja, det er bare å klage”.

Hilde fortalte meg etterpå at hjemmesykepleien egentlig ikke syntes at han trengte den plassen mest. Dette kan betegnes som et unngåelsesrituale fra Hilde, fordi hun unngikk å krenke Grete ved å si sin mening. I samtalen fremsto Hilde som autentisk overfor Grete, og hun opplevde hennes svar som støttende. Samtidig var ikke Hilde enig med Grete. Et spørsmål man kan stille var om hun da kunne sies å ha vært autentisk i samhandlingen? Jeg hadde oppfattet henne autentisk dersom hun ikke hadde fortalt meg sin egentlige mening etterpå. Det er likevel vanskelig å si at hun var autentisk, siden hun ikke mente det hun hadde sagt. Dette tydeliggjør problemet med autenticitet, nemlig at å *fremstå* autentisk ikke nødvendigvis er det samme som å *være* autentisk. Dersom autenticitet kun går ut på å beskrive hvordan man fremstår, er vi tilbake til Goffmans beskrivelser av aktørers inntryksstyring (Goffman 1992). Dette tydeliggjør at man gjennom observasjon ikke får full tilgang på oppfatningene partene har av hverandre i samhandlingen. Man kan lettere observere når handlinger *ikke* virket autentiske, fordi det ofte kan komme til syne gjennom misforhold mellom hva som ble sagt og hvordan det blir uttrykt.

Jeg vurderte om hjelperens skjulte uenighet var en måte å umyndiggjøre og barnsliggjøre Grete på. Var hun ikke verdt å diskutere med? Jeg oppfattet dette likevel som en måte å unngå å krenke henne på og beholde en god tone. Hilde unngikk å stille spørsmål ved Gretes definisjon av virkeligheten. Grete hadde kanskje et ønske om bekreftelse og en hyggelig samtale, fremfor Hildes egentlige mening. Dette beskriver også Album i forholdet mellom pasienter på sykehus. En regel er at man i størst grad skal unngå konflikt, og man vil derfor stort sett unngå temaer som skiller en og er problematiske (Album 1996: 63, Goffman 2004: 67). Det er vanlig høflighet å unngå problematiseringer. Grete oppfattet Hildes utsagn som en støtte, at hun sto sammen med henne mot systemet. Samtidig svarte Hilde på en diplomatisk måte, og gikk ikke helt på akkord med egne meninger. Hun sa at Grete ”bare må klage”, og understreket kun hennes rett til å prøve igjen.

## Alminnelige samtaletemaer

Ikke bare var det tydelig mønstre for *hvordan* hjelper og mottaker snakket med hverandre, samtalene mellom hjelper og mottaker fulgte også flere konvensjonelle temaer. Hjelperne spurte for eksempel svært ofte om brukeren hadde sovet godt, og som i så mange andre møter, var været et sentralt diskusjonstema. Dette skapte en hyggelig og god stemning. Da jeg skrev feltnotatene, tenkte jeg at mange av samtaletemaene like godt kunne ha vært diskutert hos frisøren. Ved spørsmål om hva de snakket om under besøkene svarte en mottaker: *"Ja, vi snakker litt om litteratur og litt om det jeg husker fra min studietid"*. Dette var uproblematisk og hyggelige temaer. Humor ble også brukt for å skape en god tone, mest fra de ansattes side. For eksempel spurte den nylig øyeopererte Esther om Mette kunne sette inn høreapparatet hennes, hvor Mette svarte: *"Skal du høre også nå?"*. Esther oppfattet tydeligvis ikke spøken, noe som også var vanlig. Det var stort sett de ansatte som spøkte, men dersom brukerne gjorde det, lo de ansatte godt.

På samme måte som leger, måtte hjelperne ta i bruk handlinger klassifisert som presentasjonsritualer for å kunne gjennomføre oppdraget sitt (Storvik 1996: 118). De ansatte spurte for eksempel ofte brukerne om deres fysiske tilstand. Dette lot til å være uproblematisk for brukerne å snakke om. Helse og sykdom er personlige temaer, men i denne sammenhengen ble det også en måte å sakliggjøre deres relasjon på, og noe som hørte med. Ved åpne spørsmål om hvordan det gikk, svarte pasientene ofte på hvordan deres helse var. Dette syntes som et naturlig samtaleemne, siden dette var grunnen til at hjelperen hadde kommet. Det kunne også legitimere at de ansatte kom så fysisk nær den andre.

Det var sjelden de ansatte kommenterte egne sykdommer, men det skjedde også noen ganger, for eksempel hos Frederik. Han trengte hjelp til å få på seg støttestrømper<sup>18</sup>. Ved to tilfeller forklarte ansatte at de hadde skader i armene, slik at de hadde problemer med å få dem på. Slik fungerte de ansattes sykdom eller skade som en unnskyldning for måten de gjennomførte oppdraget på.

Hjelperne spurte ofte om brukerne hadde planer for dagen, eller om de skulle en tur ut. Dette spørsmålet ble også stilt til brukere som "aldri" hadde noen planer for dagen, enten fordi

---

<sup>18</sup> Dette er svært stramme strømper, som brukes for å unngå hovne ben.

de ikke var i stand til å planlegge, eller fordi de var fysisk reduserte og hadde lite sosialt nettverk. Oftest svarte disse brukerne slik som Christian til hjelperen Karina:

K: Har du noen planer for dagen?  
C: Jeg har ikke planlagt så mye enda.  
K: Frokost først, kanskje.

I disse samtalerne snakket pleierne som om pasienten hadde ressurser eller muligheter de ikke hadde. Jeg så ett eksempel på at en bruker ikke godtok dette budskapet. I samtalen mellom hjelper Beate og mottaker Bjørn, ble utfallet slik:

Beate spurte han hva han skulle i dag.  
Bjørn: Vil du gjette hva jeg skal i dag?  
Litt stillhet.  
Bjørn: Jeg skal vel sitte inne i stolen min.  
Beate: ..og høre på radio. Ja, det skulle være noe spennende på radioen i dag.

Trolig opplevde Bjørn hjelperens spørsmål som krenkende, fordi det tydeliggjorde hans immobilitet og ensomhet. Han hadde fortalte både meg og andre hjelpere at dagene kunne oppleves svært lange. Beate prøvde å reparere på krenkelsen ved å bemerke at radio ikke var en dårlig måte å tilbringe dagen på. Goffman (2004: 51) kaller denne kompenseringen for ”korreksjon”. Men hvorfor valgte pleierne å stille slike spørsmål, når de nærmest var besvart på forhånd? En mulighet er at dette var en del av verdighetsformidlingen fra de ansatte. De forholdt seg til disse brukerne som om de hadde like forutsetninger som andre til å ha planer. Beate snakket med Bjørn som hun ville gjøre med andre samtalepartnere.

På den annen side kan samtaleformen bety at de ansatte ikke tenkte på brukerne individuelt, men samtalen ut fra kategoriseringer. Mia Vabø beskriver at de ansatte i hjemmesykepleien gjerne deler brukerne inn i stereotypier (1998: 46). Dette kan bidra til at det dannes noen spesifikke samhandlingsmønstre ut fra noen pasientkategorier. Kvamme (2000: 49) finner at hjelperne i stor grad vet hvordan de skal oppføre seg hos brukerne. Hun karakteriserer dette som taus kunnskap hos de ansatte. Slik kan det forklares at samhandlingsformen var knyttet til grupper av mottakere, og ikke relasjon til den enkelte. Likebehandling av pasientene har blitt sett på som et trekk ved institusjonen (Goffman 1967b). Det kan også problematiseres om Beates kommunikasjonsmåte manglet autenticitet. Å snakke uten å forholde seg til *hvem* man snakker til, blir en måte å putte pasientene inn i en og samme kategori, og ritualene kan fremstå som tomme. Dette kan gi en forklaring på Bjørns reaksjon på Beates spørsmål.

Spørsmålet om brukeren hadde noen planer for dagen, hører som sagt med til hva vi kan kalle ”en alminnelig samtale”. På mange måter syntes det som at hjelperne fulgte en fast samtaleform. Å stille slike hverdagslige spørsmål, trengte derfor ikke bety at de ansatte ikke så på mottakerne som verdige samtalepartnere. Det kunne også være et tegn på at hjelperen hadde problemer med å løse seg fra samtaleens ramme eller krav. Etnometodologen Harold Garfinkel har studert hvordan aktører opptrer som bundet til ikke å problematisere hverdagslige utsagn. Et kjent eksempel er at han lot studentene sine stille spørsmål rundt hilseritualene, og fikk i oppgave å problematisere hva folk de møtte egentlig mente med spørsmålet ”how are you?” (Album 1995: 252). Det synes likheter mellom slike samtalekonvensjoner og hvordan de ansatte snakket med brukerne. De ble bundet opp i en samhandlingsramme som var vanskelig å komme seg ut av.

Denne situasjonen viser at den tilsynelatende samme ordveksling kan få forskjellig mening i opplevelse av verdighet. Stort sett reagerte ikke mottakerne negativt på spørsmål om planer for dagen. På samme måte som for eksempel bruk av fornavn både kunne krenke og formidle verdighet, kunne også verdighetsopplevelsene bli ulike for mottakerne, selv med de samme temaene.

### **Personlige samtaletemaer og opplevelse av nærhet**

I tillegg til samtaleens ”overflatiske” temaer, var det likevel samtaler der pasienten fortalte pleieren om personlige bekymringer eller frustrasjoner. Jeg var vitne til få slike samtaler, men ser det som en konsekvens av at jeg var tilstede som tredjeperson. En av gangene en personlig bekymring ble tatt opp, var jeg ikke tilstede i rommet, men satt utenfor. Under intervjuene mente brukerne at de ikke diskuterte vanskelige personlige tema med de ansatte. Dette syntes jeg var rart, fordi det virket som at enkelte av dem delte svært mye med hjelperne. På rapporten ga hjelperne opplysninger om brukerne som ga inntrykk av at de fikk ta del i problematiske aspekter ved deres liv.

En forklaring kan være at ”vanskelige temaer” ble ulikt definert av meg og dem. Kanskje tenkte brukerne på andre typer problemer med ”vanskelige temaer”. En annen forklaring kan være at brukerne i samtale om hjemmesykepleien, i større grad var opptatt av å beskrive seg selv som ”mottaker av profesjonell hjelp” og gi en vurdering av tjenesten. Det kunne være vanskelig å innrømme at de ansatte også ble brukt som personlige samtalepartnere, siden det ikke eksplisitt var dette pleierne skulle hjelpe dem med. Enkelte kunne kanskje oppleve det

litt pinlig at de ikke hadde den samme profesjonelle distanse til de ansatte som de ansatte hadde til dem. På den annen side ble det også uttrykt at pleierne betydde mer for dem enn at de utførte oppdragene: En sa: *"Bare det at det stikker en innom og gir den (øye)dråpen. Det betyr mye"*. De definerte forholdet til hjelperne som noe mer enn et profesjonelt forhold, enten de delte vanskelige sider ved sitt liv eller ikke.

De ansatte var svært restriktive med personlige detaljer om seg selv, og unngikk betroelser til brukerne. Kvamme (2000) bekrefter denne holdningen hos de ansatte i hjemmesykepleien, og det ble også nevnt av brukerne jeg intervjuet. Dette er med på å skape et usymmetrisk forhold mellom partene. Det syntes som at de ansatte kompenserte for dette ved å dele små, mindre personlige detaljer om sitt liv. De kunne for eksempel fortelle om stedet de bodde på, hvor de hadde vært på ferie, eller små historier om barnet deres. Slik kunne de formidle en nærhet og gjensidighet til brukerne, uten å avsløre mer private deler av eget liv. Lillestø beskriver at dette kan virke krenkende på mottakeren, fordi det blir de ansatte som kontrollerer hva slags nærhet som skal skapes (Lillestø 1998: 139). En bruker fortalte meg at møtene med hjemmesykepleien ga han styrke og livsmot. Da jeg spurte om han så på hjemmesykepleien som venner, svarte han: *"Ikke sånn... Når de er her føles det sånn. De er jo mye yngre enn meg. De er omsorgsfulle"*.

Dette utsagnet tyder på at å være nær i samtalen også kan handle om formen, eller *rammen* for situasjonen. Det kunne se ut som at hjelper og mottaker sammen definerte en situasjon som fungerte, men som ikke nødvendigvis ga en troverdig oppfatning av vennskap. Formen og temaene for samtale skapte glede og en personlig opplevelse av at de var venner, men han var ikke overbevist om at nærheten var tilstrekkelig for å kalle dem det. Mottakeren opplevde det likevel som en måte pleierne var omsorgsfulle på. Det kan synes som at de oppnådde en slags "skinn-nærhet". Album (1996) kaller pasientene på sykehus for "nære fremmede", noe som også kan være en god beskrivelse på relasjonene i hjemmesykepleien.

På den annen side syntes mange også å oppleve en kontakt med personalet som gikk utover definisjonen av dem som pleiere. Dette viste seg for eksempel hos pasienten Esther. Hun var veldig imøtekommende og viste alltid stor glede da hun fikk besøk. Da hjelperen så vidt hadde kommet innenfor døren, kunne hun rope: *"Kommer du, kjære lille venn!"*. Esther var snar med å kalle hjelperne for sine venner, og kanskje var det slik at hun opplevde en

følelsesmessig nærhet til hver enkelt av personalet. Det var også tydelig at brukerne likte å skape et annet forhold til dem enn det rent profesjonelle. Dette intervju-utdraget kan vise dette. Mottakeren forteller om hva som gjør det ekstra hyggelig å ha besøk av enkelte hjelpere: *”Vi snakker om litt andre ting. Hvor de bor, hvordan de kommer på jobben. Ikke hemmeligheter, men andre ting”*. Da jeg spurte en annen mottaker om hva som kjennetegnet et godt besøk, beskrev hun hvordan en hadde gitt henne en klem, mens en annen hadde klappet henne på kinnet.

Ikke alle ønsket et gjensidig nært forhold til de ansatte. Enkelte brukere hadde tydelige forventninger til en asymmetri, og flere syntes å bruke pleierne til å ”lesse av seg” om bekymringer i hverdagen. En kvinne uttalte: *”Kontakt med mennesker. De skal jo ikke bare gjøre det de skal. De skal jo høre på oss også. (...) Jeg snakker om alt. De er litt forsiktige å snakke med meg for jeg hiver meg over dem.”*. I mange tilfeller kom nesten ikke pleierne til i samtalen med brukerne. De hadde heller ikke alltid mulighet til å påvirke samtaleemnene. I disse situasjonene virket det viktigere for pasientene å ha noen å snakke *til*, fremfor et gjensidig vennskapelig forhold.

Dette tyder på at møtenes karakter skiftet etter hvilken relasjon pasientene ønsket. Samhandlingsformen syntes å være et fellesprosjekt mellom hjelperne og mottakerne. Hver pasient hadde sin måte å forholde seg til pleierne på. Den nærheten som ble formidlet kan imidlertid også være uttrykk for at pleierne skapte en større nærhet, eller definerte seg nærmere enn det brukerne egentlig opplevde. I etterkant av besøk hos Esther, nevnte flere av de ansatte at hun hadde et spesielt godt forhold til dem (som enkeltpersoner). Pleierne snakket dermed om hva slags forhold *hun* hadde til *dem*. Vabø (1998) finner at pleierne ofte kan overvurdere sin egen rolle i forhold til hjelpemottakerne. De kjenner ikke alltid alle sider ved mottakerens liv, og bedømmer sin betydning for mottakeren som mer sentral enn det som er tilfelle. Dette kan trolig også gjelde for pleiernes oppfattelse sin relasjon til brukerne. De sa for eksempel til meg at *”Du ser at hun er veldig trygg på meg”*, eller *”Jeg er den eneste som får han i dusjen”*. Hjelperne var ikke like opptatt av hvilke personlige opplevelser relasjonen ga dem tilbake.

Mitt inntrykk var at besøkene i hjemmesykepleien i stor grad var bundet opp i den gjeldende rammens krav for samhandling, som la føringer for hvilke temaer som var ok å snakke om.



Man kan således stille spørsmål ved hvordan disse rammene har blitt som de har blitt. Album forklarer sykehuspasientenes kommunikasjon med hverandre, ved å trekke inn et begrep om manuskripter for samhandling. Manuskriptene er skapt av erfaringer fra lignende sammenhenger, som man henter inn i den situasjonen man befinner seg i (Album 1996: 111ff). Dette kan forklare hvorfor samtaler i hjemmesykepleien ofte kunne assosieres med ”frisør-samtaler”. Begge møtene er preget av ”servicesamtaler” mellom profesjonell og klient som foregår over en viss tid, og hvor de prøver å skape et hyggelig møte. Samtidig viste observasjonene og intervjuene at møtene også innebar mer enn overflatisk prat. Pasientene kunne bruke møtene med hjemmesykepleien til å drøfte vanskelige ting i sin hverdag. Dette skapte nye ”under-rammer” i situasjonene.

### **Tiden som kilde til krenkelse og verdighet**

Hvordan man skal snakke og hva man skal snakke om, skaper utfordringer man kan kjenne igjen fra hverdagslivets møter. Hjemmesykepleien har samtidig noen særegenheter som skapte ytterligere utfordringer i møtene, blant annet hjelpernes tidspress. Kvamme (2000) beskriver at de ansatte i hjemmesykepleien ofte må late som at de har god tid, selv om de ikke har det. Dette ble også bekreftet i intervju med en mottaker. Frederik uttrykte en visshet om at hjelpene hadde dårlig tid, men at det ikke var mulig å skjelne om de hadde det travelt eller ikke. Dette tyder på at pleierne var bevisste på at formidling av tidspress opplevdes krenkende for mottakerne. På den annen side var det ikke alltid de kunne eller ville skjule at de hadde det travelt.

I forhold til tidspresset sto hjemmesykepleieren overfor et dilemma. De måtte stadig formidle at de har god tid til det som var nødvendig, og dårlig tid til det som var unødvendig. Dette viste seg for eksempel hos Bjørn. Han likte ikke å spise alene, og dersom hjelpene dro rett etter å ha smurt mat, spiste han gjerne ikke. Derfor presiserte noen at de ikke hadde det travelt, for at han skulle spise så mye som han hadde lyst til. Samtidig ble ikke dette helt troverdig da hjelpene måtte dra av gårde idet siste bit var svelget ned. Slik kan det virke som at den verdige samhandlingen de oppnådde i situasjonen ikke nødvendigvis førte til at pasientenes selvfølelse ble styrket.

De ansatte måtte ofte avbryte og gå midt i en samtale med en bruker. De opplevde det vanskelig, og mente at tidspresset gjorde at de ikke fikk nok tid med brukerne. Samtidig syntes avbrytelsene ofte nødvendig. Grunnen til dette var at samtalerne var av de arenaene

hvor enkelte brukere ikke fulgte ”vanlige” samtaleregler, enten fordi de hadde en kognitiv svikt, eller for eksempel var ensomme og villige til å strekke seg langt for å fortsette samtalen. I noen tilfeller snakket brukerne ”ustanselig”, og krenkelsen var på den måten uunngåelig, fordi de ble nødt til å avbryte og avvise den andre for å komme seg videre. De ansatte kunne gjerne åpne døren og bli stående lenge og vente på en anledning til å dra av gårde. De kunne også skylde på tiden for å komme seg unna vanskelige situasjoner. Under møter der brukeren var ”vanskelig”, eller krevde tjenester de ansatte ikke ønsket eller skulle yte, kunne de avvise med forklaring om tidspress. Slik ble de ytre begrensningene brukt som forklaring på den sosiale avvisningen.

Det viste seg imidlertid at å skylde på tiden også kunne opprettholde en verdig samhandling. Da hjelperen reiste seg for å gå fra hjemmebesøket, var det vanlig å si at det var flere som ventet på besøk. Dette ble den legitimerende grunn til å gå, fremfor å innrømme at de ikke ville utføre flere tjenester, eller ikke orket å høre mer. Dette beskyttet de ansattes selvfølelse, og ga dem mulighet til verdighetsformidling på egne og den andres vegne. Ved å skylde på tiden formidlet pleierne at de skulle ha blitt, men at tidspresset tvang dem til noe annet. Under intervju fortalte Maiken at: *”De har dårlig tid. De sier at ”jeg skulle gjerne ha snakket litt mer, men jeg har dårlig tid”.*

Brukerne aksepterte de ansattes tidspress, og eventuell følelse av krenkelse ble forskjøvet fra situasjonen til systemet. På den måten stilte hjelper og bruker seg på samme side mot det urettferdige systemet. Samtidig er det heller ikke et nytt fenomen å skylde på tiden når man skal gå fra et sted. Det hører også til i en samtale mellom venner. Man pleier ikke å si til hverandre at man ikke ønsker å snakke sammen mer, og det regnes som vanlig høflighet å fortelle at tiden tvinger en til å gå. Album (1996: 59) beskriver at pasienter på sykehus ofte sa til hverandre at de skulle inn å ta noen medisiner, for å avslutte samtalen. Han kaller dette for ”lukking av samvær”. I hjemmesykepleien var det å skylde på at man hadde flere å besøke, en måte å lukke samværet på. Det som likevel gjorde hjemmesykepleien annerledes, var det alltid var hjelperen som måtte trekke seg ut. Pasientene hadde ikke de samme mulighetene til å avslutte besøket. Tiden gjorde forholdet mellom dem asymmetrisk, og krenkelsesaspektet ble mer fremtredende. Samtidig skapte dette kort vei til verdighetsformidling. Med pasientenes kunnskap om hjelpernes tidspress, kunne den tiden hjelperne brukte på å snakke

med dem, bli en tydelig verdighetsformidler. Under enkelte besøk satte hjelperne seg ned og snakket med brukeren, og brukerne virket ofte roligere og gladere da vi dro derfra.

Dette sier igjen noe om hvilken kontroll pleierne hadde over brukerne. De kunne avgjøre når tiden hindret dem å være lenger, og når den ikke gjorde det. En hjelpemottaker, Maiken, fortalte at de hun hadde snakket lenge med i starten, gjerne var de samme hjelperne som ble igjen for å snakke ved senere besøk. Ved at de ansatte hadde kontrollen over sin og den andres tid, kunne det lett bli en kilde til krenkelse. Brukerne skjønnte at noen ville bli igjen å snakke, mens andre ikke prioriterte en samtale med dem. Som nevnt, kan kontrollen over tiden bli en institusjonaliserende faktor for mottakerne (Lillestø 1998: 148). På den annen side sa Maiken også noe om ritualenes og relasjonenes makt. De ansatte hadde vanskelig for å bryte mønsteret i besøk hos de ulike brukere. De fulgte den samhandlingsformen de først hadde skapt.

Det syntes også som at hjelperne ofte forsøkte å kompensere for asymmetrien i forhold til avvisning. En måte hjelperne avsluttet et besøk på, var å spørre om det var noe mer de skulle gjøre før de gikk. Dette var spørsmål som syntes kun å ha en seremoniell funksjon, fordi det lot til at de spurte kun i de tilfellene de var sikret et nei. Når brukeren avviste at de trengte noe mer, forklarte hjelperen at da måtte hun dra videre til nestemann. På denne måten fikk de ansatte vist at de var villige til å hjelpe, og ga brukeren ansvar for å avslutte besøket. Disse ordutvekslingene fungerte dermed verdighetsskapende for mottakeren. Mottakeren fikk til dels ta kontroll over avslutningen, noe som skapte en større symmetri mellom dem.

## **Samtaler om kroppen**

En annen særegenhet ved hjemmesykepleien er at oppdragene ofte er knyttet til mottakerens kropp, og det kreves ofte en fysisk nærhet mellom hjelperen og mottakerens intime soner. Lise Widding Isaksen har diskutert kroppen i moderniteten. På en side synes tabuer og intimitetsgrenser å være sprengt, men på den annen side har kroppen aldri vært så privat som nå. For eksempel har ikke toalettfunksjoner vært like privat tidligere (Isaksen 1994: 63). Dette kan gjøre jobben enda vanskeligere for de som skal inn og hjelpe med stell. Det er en motsetning mellom åpenhet og beskyttelsen av det private rom. Rannveig Dahle (2001: 64) uttrykker at kroppslig helsearbeid må læres. Det kroppslige representerer et problem som skaper forlegenhet og skam for begge parter. Det som gjør kroppsarbeidet i hjemmesykepleien enda mer spesielt, er at oppgavene som gjøres gjerne er hverdagslige gjøremål.

Hjelperne skal ikke nødvendigvis observere mottakerens kropp, slik som oftere er tilfellet på et sykehus, men oppgaven er i stor grad å opprettholde en alminnelig intimhygiene.

I hjemmesykepleien syntes de hverdagslige samtalene å ha en oppgave i tillegg til å skape en alminnelig god stemning. De ble et middel til å fjerne seg fra den fysiske oppgaven som ble utført. En nær kroppslig handling, som stell, ble gjerne bundet til en distansert samtale. Når de fysiske grensene ble brutt, beholdt de avstand samtalemessig. Under stellet kunne de ansatte fortelle om stedet de kom fra, eller de kunne diskutere den siste blodtrykksmålingen. Slik kunne stellsituasjonen noen ganger synes å få samme preg som når barn får et sprøytestikk. Oppmerksomheten ble fjernet fra det som foregikk og rettet mot den ukompliserte samtalen. Samtidig lot det til at samtalene gikk noe tregere under stell. Stillheten ble mer tydelig. Under et stell begynte en hjelper å fortelle om en reise hun skulle på. Det ble så stille en stund, før hun igjen tok opp tråden og fortsatte å fortelle om reisen. Dette kunne virke rart, men syntes som en løsning fremfor en ”pinlig stillhet”.

Hjelper og mottaker ble likevel nødt til å snakke om hva som skulle skje for å koordinere bevegelsene sine. Det var i stor grad pleierne som tok opp dette temaet. De ansatte snakket om stell på to måter, og jeg vil her referere til dem som to grupper; ”de direkte” og ”de indirekte”. De indirekte holdt seg til samtalens unngåelsesritualer, mens de direkte forholdt seg mer konkret til den andres kropp. Det er analytiske skiller, og en pleier kan ikke nødvendigvis plasseres helt i den ene eller andre kategorien. De fleste hadde elementer av begge tilnærmingene.

De direkte pleierne forklarte hva de skulle hjelpe til med under besøket. De ba også pasientene om å utføre små oppgaver selv. De kunne kommentere hvordan pasienten utførte oppgaven og tok over der det ikke fungerte. Slik ble det tydelig hvem som gjorde hva, og det ble satt større krav til at hjelpemottakeren skulle delta. Samhandlingen fulgte således en profesjonell struktur, og verdighet ble vist ved en saklig tilnærming til pleien. Et eksempel på denne måten å snakke på, så jeg da Hilde hjalp en mottaker med dusj: *Hilde vasket han på ryggen. Hun sa små kommentarer underveis som: ”Nå skal jeg vaske deg litt på ryggen ... skille litt under armene”. Han løftet opp og hjalp til.*

”De indirekte” kunne gjerne få pasienter til å stelle seg ved å lure dem inn på badet. De ønsket ikke å fortelle pasientene hva de så, for eksempel at klær burde skiftes. I tillegg unngikk de å omtale seg selv i forhold til stell. I stedet for å bruke ”jeg”, brukte mange konsekvent ”vi”. En ansatt spurte: *”Skal vi vaske oss litt nedentil?”*. Dette er en måte å hviske ut skillet mellom hvem som gjør hva. Det kan symbolisere en enhet, altså nærhet, men det er også en måte å skjule det faktum at man gjør noe med den andres kropp. Isaksen (1994: 24) forklarer at uklare skiller skaper tabuer. Tabuer fører videre til unngåelse.

*”Att följa ett tabu är ett sätt att visa att man tar hänsyn till andra människor genom att beté seg som en människa”* (Swartling 1989: 60 referert i Lillestø 1998). Dette signaliserer at det ligger en type institusjonalisert verdighetsformidling i å ta hensyn til tabuer. Det virket som at de ”indirekte hjelperne” prøvde å gjøre situasjonen komfortabel for begge parter. De skapte en verdig situasjon for den som mottok hjelp, ved ikke å trå over grensene for hva som passet seg. Samtidig kan det å bruke ”vi” være nedlatende. Det er slik man snakker til barn, og formidler ingen likeverdig holdning fra pleierens side. Lillestø (1998: 162) beskriver denne følelsen hos brukere av hjemmesykepleien. Enkelte av hennes informanter følte seg behandlet som barn, og at de manglet likeverdige status med pleieren. Storvik (1996: 130f) finner også ”vi-formen” i legenes samtaler med pasientene. Hun forklarer at pasientene måtte dele sin subjektivitet med legen, når de snakket i ”vi-form”. Det var en måte legene kunne skape enighet rundt noe de ikke egentlig hadde vært enige om.

På den annen side var det ikke bare hjelperne som brukte ”vi” om hva som skulle gjøres under besøkene. En bruker spurte hjelperen om *”vi skal vel ikke dusje i dag?”*. Dette kan tyde på at måten å snakke på var komfortabel for begge parter. Samtidig var pleieren i eksempelet over ytterligere enhetsskapende, da hun spurte om *”vi skal vaske oss”*. Hun skapte ikke bare en enhet i forhold til hva som skulle gjøres, men også en kroppslig enhet med den andre.

Det var imidlertid ikke bare gjennom ”vi-formen” at hjelperne opprettholdt tabuer. Dette eksempelet er hentet fra et besøk der Kari har hjulpet Bjørn med en dusj.

Han reiste seg opp og gikk naken bort til veggen, der han vanligvis sto og ble vasket. Kari sa at de kanskje skulle kle på han litt klær først (før barbering).

- ...Så du ikke blir så kald.

Hun hentet bleie og tok på han. Han ville gjerne ha sokker på seg også, og de tok på sokker og sko.

Det er mulig at Bjørn hadde blitt kald av å bli stående naken lenge. Han var heller ikke så glad i å dusje, fordi han ikke likte å fryse. Samtidig hentet hun kun en bleie til han. Dette handlet også om et gjensidig ønske om å unngå mer nakenhet enn nødvendig. Det er en samfunnsregel at når kroppen er naken, er blikket tildekket (Goffman 2004: 178). Dette viste seg også under dusjen. Bjørn vasket seg nedentil, mens Kari holdt dusjhodet. Mens han vasket seg, tørket hun Bjørn i øynene. Her var tidspunktet påfallende. Ved å tørke han i øynene akkurat da, viste hun Bjørn at hun hadde blikket rettet mot hans ansikt. De ”direkte pleierne” syntes mer opptatt av å undersøke og observere. Under stell, kunne de for eksempel spørre ”*Jeg har hørt at du er litt sår i lysken? Er du det? Kan jeg tittle?*”.

Å forholde seg til en annens kropp er spesielt utfordrende når hjelper og mottaker er av ulikt kjønn. I hjemmesykepleien jobber det flest kvinner. Det er flere kvinner enn menn som mottar hjemmesykepleie, men det er svært vanlig med kvinnelig hjelper og mannlig mottaker. Det som ble ekstra viktig i disse møtene, var å ikke skape situasjoner som kunne minne om en seksuell relasjon. Samtalen ble også brukt som et instrument for dette. En kvinnelig hjelper, Mette, spurte en mannlig mottaker om hun skulle ”*..ta i et tak på ryggen?*”. Mette definerte en ramme som tydeliggjorde det fysiske arbeidet hun utførte med mottakerens kropp. En annen hjelper begynte å nynne mens hun vasket en mottaker nedentil. Felles for disse handlemåtene var at de ”tingliggjorde” stellsituasjonen. De forholdt seg til den andre som en person, mens kroppen ble et instrument som skulle jobbes med. Dette var også hva Emerson (1972) fant i studiet av gynekologiske undersøkelser. Både legen og pasientene objektiverte pasientens kropp for å unngå seksuelle undertoner. Lillestø (1998: 174) snakker også om at pasientene tingliggjør sin kropp for å unngå å føle på krenkelsen ved at andre kommer så fysisk nær de private deler av kroppen. Tingliggjøring eller objektivisering av kroppen syntes således som en strategi begge parter brukte for å beskytte sin egen og den andres selvfølelse.

Hjelperne bemerket også ofte at de gjennomførte vaskingen av en grunn. Det ble for eksempel sagt: ”*Det er godt å få vasket seg en gang innimellom*” eller ”*Det er greit, så kommer det ikke så mye lukt*”. Slik understreket pleierne at de vasket mottakerne for mottakernes egen del, og legitimerte handlingen. Dette ble også gjort i tilfeller der mottakeren var positiv til å få hjelp til vask.

Min opplevelse var at de ufaglærte hadde størst problemer med å snakke om kroppen på en mer direkte måte. Også på rapporten kunne de lete etter ord, når det var snakk om pasienters kroppslige plager. Dette kan bekrefte Dahles utsagn om at kroppslig helsearbeid må læres. Samtidig hadde flere av de ufaglærte jobbet på arbeidslaget lenge, og kunne på mange måter sies å være ”gamle i faget”. Jeg konkluderte derfor med at dette kunne være knyttet til en sosialisering i utdannelsen. Dersom man ikke får en klar bekreftelse på at tabuene skal brytes, vil det være vanskeligere å trå over dem. Grunnen til at tabuer oppstår, er nettopp en sterk gjensidig følelse av at noe ikke skal gjøres eller nevnes. Å trå over grensene for tabu kan fort assosieres med å krenke en annen. Opprettholdelsen av tabu kunne derfor oppleves som best for begge parter. De ufaglærte måtte også tråkke over private grenser, men de syntes ikke å slutte å behandle overskridelsen som tabu.

### **Kontroll over kropp og hjem**

I tillegg til at personalet hadde problemer med hvordan de skulle forholde seg i stellsituasjoner, hadde også mottakerne ulike måter å forholde seg til å få hjemmesykepleien inn i sitt hjem og nær deres kropp. Det var stor forskjell på hva slags inntreden pleierne fikk i de enkelte hjem, og dette skapte ulike utfordringer med hensyn til å skape verdighet.

Enkelte så på hjemmesykepleien som et middel til å opprettholde en god opptreden i forhold til andre. En pasient ba for eksempel om å bli vasket på ryggen, fordi hun skulle til legen dagen etter. Dette viser hvordan hjemmesykepleien fikk tre inn bak kulissene og de fysiske grensene, fordi hun ville fremstå med god opptreden overfor legen. Brukerne kunne også få hjelpene til å delta i vurderinger av hva som var passende opptreden. Et feltnotat fra et rapportmøte viser dette:

(Hjelper) Gerda fortalte at hun hadde vært hos en som skulle få besøk av en prest og hans kone. Brukeren spurte om hun kunne gå kledd som hun gjorde. Gerda svarte nei, at hun burde bytte bluse, fordi den var full av skitt. Hun gjorde det, og Gerda ønsket at hun skulle skifte jakken også som var full av flekker, men det ville hun ikke.

Hjemmesykepleiens relasjon til brukerne kan sammenlignes med Goffmans service-spesialist (1992: 130). Disse menneskene fikk innblikk i personers liv, som andre ikke hadde tilgang til. De ansatte hadde taushetsplikt, og brukerne kunne med større trygghet la dem komme inn bak kulissene, fordi de ikke trengte å forsvare seg mot disse innblikkene i andre sammenhenger.

Andre så på hjemmesykepleien som en del av sitt publikum, og deres opptreden skulle også komme til uttrykk i forhold til hjelperne. Dette kunne trolig endre seg fra situasjon til situasjon, men det syntes som om flere brukere hadde en generell holdning til hvilken rolle de ønsket at hjemmesykepleien skulle ha i deres hjem. Brukeren Maiken var opptatt av at hun skulle ha dusjet før hjemmesykepleien kom om morgenen. Da de kom, hadde hun allerede trådt ut på scenen. Under intervju fortalte hun: *"Men jeg våkner ofte klokken seks: ' Guud jeg må stå opp!'. Men en gang så sovnet jeg igjen. Da var det han Helge som kom. Jeg gikk ut og sa at jeg ikke hadde kledd på meg og lurte på om det var greit at jeg kom ut i morgenkåpe"*. Maiken viste god opptreden ved å dusje før hjemmesykepleien kom og formidlet et verdig selv. Samtidig formidlet hun også aktelse for hjemmesykepleien, fordi hun ikke ønsket at de skulle se henne ustelt. Hun mente at gamle mennesker lukter vondt, og at det derfor var viktig å dusje før det kom noen.

Det var ulikt hvor mye innsyn hjemmesykepleien fikk i de enkeltes liv. Ulik praksis var knyttet til hvilke muligheter brukerne hadde til å ivareta og beskytte sitt personlige rom. Dersom man (som Maiken) kun trengte hjelp til å dryppe øynene, var det lettere å holde pleierne på avstand. Oppdraget krevde ikke stor grad av fysisk nærhet, og det var heller ikke nødvendig at hjemmesykepleien fikk tilgang til andre rom enn de Maiken ønsket å vise fram. Turid Hegerstrøm (2002: 90) understreker samtidig at mottakere av hjemmesykepleie ofte er usikre på om de skal slippe de ansatte til bak kulissene, eller ikke. Maiken fortalte i intervju med meg at hun hadde vært usikker på hvordan hun skulle forholde seg til hjemmesykepleien. Hennes valg hadde vært å ordne til slik at hjelperne kun gikk inn på badet og vasket hendene, og ellers oppholdt seg i entreen. Lillestø (1998) beskriver mottakere som prøver å skjule personlige gjenstander for hjemmesykepleien, slik at de ikke skulle få så mye innblikk i deres liv. Det kunne synes som at Maiken ikke ønsket hjemmesykepleien inn i livet ved å "holde dem i entreen". Samtidig viste hun en velvillig holdning til dem og delte gladelig opplevelser fra sitt eget liv.

Som Maiken fortalte hadde hun størst problemer med å finne ut hva som var "naturlig" å gjøre i forbindelse med besøk av hjemmesykepleien. Hun lette etter konvensjoner for rett opptreden. Mitt inntrykk var at mottakelsen av hjemmesykepleien i stor grad handlet om å skape en behagelig opplevelse i en ukjent situasjon, som ikke var klart definert i utgangs-



punktet. Det handlet om å skape rammer og forholde seg til grenser. Partene lette etter gode måter å samhandle på, som ga mulighet for å gjennomføre oppdraget uten å krenke hverandre.

Det fantes likevel unntak fra dette samarbeidet. Dette viste seg for eksempel da mottakere ikke ønsket at hjemmesykepleien skulle hjelpe dem med daglig stell. Som beskrevet innledningsvis, er hjemmesykepleien basert på at den enkelte mottaker får vedtak på en type hjelp de har krav på. Et problem oppsto når brukerne ikke ønsket den hjelpen de hadde fått vedtak på. Hvem skulle da følge opp? I hvor stor grad skulle hjelperne trenge inn i den private sfære og ta beslutninger på den andres vegne? Dette viser avveiningen mellom autonomi og paternalisme. Hvor mye kontroll skal pasientene ha i sitt eget hjem? I hjemmesykepleien ivaretar de ansatte klientens selvbestemmelse i stor grad, fordi det ikke oppleves greit å ta så stor kontroll i andres hjem (Vabø 1998: 108f). Å være hjemme virker således styrkende for den enkeltes autonomi. Samtidig kan det å akseptere autonomi, være et tegn på manglende omsorg. Når en mottaker ikke hadde kapasitet til å ta vare på seg selv, følte hjelperne seg nødt til å ta bestemmelser over deres liv. Disse bestemmelsene kunne også sies å være en type verdighetsformidling. Hjelperne ønsket å vise pasientene at deres verdi som menneske krevde en viss livsverdighet.

Paternalismeproblematikken var konstant tilstedeværende i hjemmesykepleien, og gjaldt i første rekke de demente, eller de som av andre årsaker var reduserte til å innse egne behov. De ansatte møtte stadig en konflikt mellom verdighetsformidling og ivaretagelse av brukernes livsverdighet. Skulle man for eksempel kommentere at noen luktet vondt for å få de til å vaske seg? Disse problemstillingene ble ofte diskutert på rapporten. Pleierne følte seg ansvarlig for at brukerne skulle vise seg presentable. De ville at mottakeren skulle fremstå med verdighet, samtidig som de ikke ønsket å krenke noen ved å tvinge dem. Her er et feltnotat fra et rapportmøte:

Hilde fortalte at hun hadde sett en av brukerne på butikken. Han hadde hatt på seg sykehusbukse med avføring på. Hun lurte på om det var en idé å be han om å vaske seg litt. Han klarte sikkert å vaske seg selv, men det var viktig å si ifra. De andre var enig. Karina hadde tidligere sagt til han at han luktet svette, fordi det var helt nødvendig. Hilde håpet at hvis flere også sa det til han, så ville han kanskje begynne å ordne seg litt.

I møtene med brukerne, ble problemet løst eller ikke løst, på ulike måter. En av de som stort sett ikke ønsket hjelp til stell, var demente Christian. En pleier, Ingeborg, så at han var våt nedover buksebenet:

I: Er du litt fuktig? Skal vi kanskje skifte likevel?

C: Nei. Jeg er for stor til å gjøre sånne ting nå (tisse i bleien).

I: Ja, men det er jo litt dumt å gå rundt å være fuktig...

Christian gikk og satte seg.

I stedet for å si at han var våt og trengte å skifte bleie, stilte pleieren et åpent spørsmål som Christian kunne avvise. Han fikk definere situasjonen, og hun fikk ikke gjort det hun mente var nødvendig. En formulering fra Goffman kan gi en forklaring på det problematiske ved denne situasjonen:

(...) når en person definerer situasjonen og dermed implisitt eller eksplisitt hevder at han er en person av et bestemt slag, stiller han dermed også et moralsk krav til den andre og tvinger dem til å verdsette og behandle ham på den måte personer av hans slag har rett til å vente. (Goffman 1992: 20).

Christian skapte en ramme som var vanskelig å bryte. Samtidig var det helt nødvendig å bryte rammen for å få gjennomført oppdraget. Den ene muligheten pleierne hadde, var å akseptere hva han sa, men overtale han til å gjøre noe annet ut fra sine argumenter. Den andre muligheten var å ikke akseptere den andres definisjon av situasjonen. I en ordveksling mellom Christian og hjelperen Fatima, oppsto en slags kombinasjon av disse:

F: Skal vi ta på ren bleie?

C: Nei.

F: Jo (svakt). Vi kan bare se om den er tørr. Hvis den er det, trenger vi ikke skifte.

C: Den er tørr.

F: Men vi kan bare se om den er tørr, og hvis ikke, trenger du ikke skifte.

Han reiste seg og sa at det var greit. Han så på meg:

C: Hvis ikke myrder englene meg.

Da Fatima og Christian hadde kommet på badet og sjekket bleien (som var tørr), tok hun frem en klut og sa at hun skulle vaske han litt også.

Fatima brukte en slags "frivillig tvang" for å få Christian inn på badet, og lurte han til å få stelt han. Hans Skjervheim (1992) skiller mellom å overtale (manipulasjon) og overbevise (likeverdig). Det kan synes som at hjelperen i større grad tok i bruk overtalelse (og luring), fremfor overbevisning. Slik jeg ser det, kunne overbevisning skjedd ved at pleieren forklarte hvorfor det var lurt å gå på badet, og dermed skape et felles mål for samhandlingen. Det

kunne virke som at grunnen til at overbevisning ikke ble så mye brukt, var at det innebar å legge fakta på bordet. Å presentere fakta var problematisk, fordi det i seg selv kunne virke krenkende. Pleierne måtte da ha fortalt Christian at de tidligere hadde opplevd at han hadde våt bleie, selv om han ikke trodde det. De måtte kanskje også fortelle at han ikke lenger hadde like god kapasitet til å ta vare på dette området selv. Med Goffmanske begreper kan vi si at det oppstår en konflikt mellom de substansielle og seremonielle reglene. De substansielle reglene er vedtaket om at Christian skal få hjelp til å skifte bleie, mens de seremonielle reglene krever at man ikke skal bryte det bildet han har skapt av seg selv. Som jeg har vist her, ble dette løst på ulike måter.

Goffman (1967a: 81) forklarer hvordan psykiatriske pasienter kan bli tvunget til å bli klippet og barbert for å gjøres presentable, og bemerker at gjennomføringen av dette kan være svært fornedrende. Problemet i hjemmesykepleien, var at det i utgangspunktet var brukeren som ”hadde krav på” visse tjenester, og pleieren hadde i utgangspunktet ikke rett til å gjøre som hun ville i brukerens hjem. Derfor ble reglene også utydelige.

Det var klart at pleierne her handlet i brukerens interesse, selv om brukeren selv var imot det. Det interessante er at pleierne på mange måter måtte forholde seg til to personer. Den ene personen var brukeren og hans ønsker og holdninger før han ble dement. Trolig ville han ønske å se presentabel ut også etter at han mistet kognitive evner. Denne personen var imidlertid ikke tilstede lenger, og pleierne måtte forholde seg til den personen de faktisk samhandlet med, som ikke ønsket hjelp til stell. Når det likevel ble utført paternalisme, kan det forklares med hensyn til pleiernes ønsker for mottakerens helse og livsverdighet, og samtidig en tro på personen hadde ønsket det dersom han var ”klar”.

Generelt kunne hjelperne legge et stort press på mottakerne for å få dem til å gjøre som de syntes var best, selv om de lot mottakerne bestemme til slutt. Dette skjedde for eksempel hos en som ofte ikke ville ha mat. De ansatte lirket og lurte, og ramset opp alt som var i kjøleskapet. Slik endte det opp med at mottakeren gjerne ville ha litt mat likevel. På den måten fikk de også ivaretatt pasientens autonomi.

## ***Oppsummering***

I dette kapitlet har jeg sett på hvordan hjelper og mottaker forsøkte å skape verdige samhandlinger. Verdighetsproblematikken er stor i hjemmesykepleien, fordi de seremonielle ritualene ikke er institusjonalisert. Dette viste seg for eksempel med de ansattes praksis i bruk av mottakernes navn. Bruk av fornavn på pasienter, har i sosiologisk litteratur blitt sett på som et tegn på en depersonalisering og krenkelse av individet. Det er imidlertid vanskelig å se hjemmesykepleien på en så ensidig måte, fordi enkelte mottakere også satte pris på å føle seg nær helperne. Dette viste seg også i hvordan hjelper og mottakere kommuniserte med hverandre, og hva de valgte å snakke om. Mangel på institusjonaliserte samtaleformer skapte tydelig usikkerhet rundt de tabubelagte områdene. Pleierne måtte på mange måter sjonglere mellom å skape en verdig samtaleform, samtidig som de skulle tre inn i en annens privatsfære. Det viste seg også stadig konflikt mellom verdighetsformidling og ivaretagelse av mottakernes livsverdighet. De ansatte måtte finne ulike løsninger når mottakerne ikke ønsket at de skulle utføre ”oppdraget”.

## 6. Verdighetsstrategier

Jeg har innledningsvis forklart at verdighetsstrategier tas i bruk for å beskytte og styrke egen eller andres selvfølelse. I de tilfellene aktøren søker å beskytte egen verdighet, kan det gå på bekostning av den andres verdighet. I andre tilfeller er ikke strategien knyttet til egen selvfølelse, men tvert imot å styrke og beskytte den andres. Det kan gå på bekostning av egen selvfølelse eller behov. Det er også slik at de samme personene kan ta i bruk flere av strategiene, noe som betyr at en strategi ikke utelukker bruk av en annen.

I hjemmesykepleien er krenkelse nærmest uunngåelig, og både hjelper og mottaker står overfor utfordringer i opprettholdelsen av verdighet. Hva som skaper krenkelse, og hva man vil beskytte seg og den andre fra, er ulikt fra person til person. Dette fører til at de må ta i bruk ulike strategier for verdighet. Mens målet i forrige kapittel var å beskrive situasjoner og samhandlinger, vil jeg i dette kapittelet se på de strategiene pasientene og hjelperne tok i bruk i møtet med den andre part. Kapittelet er delt i to, der den første delen vil beskrive pasientstrategier, mens den siste delen går ut på å beskrive ansattes strategier.

### ***Pasientenes verdighetsstrategier***

Sykdom og svekkelse kan være forbundet med usikkerhet. *”Selvoppfatningen er under betydelig press. Den har mistet sin selvfølgelighet”* (Album 1996: 130). Dette åpner for at man i større grad vil ta i bruk verdighetsstrategier. Enkelte vil i utgangspunktet føle det vanskelig å motta hjelp, for eksempel på grunn av mangel på individuell frihet, eller fordi det tydeliggjør egen svekkelse. En mottaker sa: *”Jeg må ha hjelp til så mye. Og jeg har vært selvstendig i hele mitt liv, så synes jeg det er... det synes jeg er ille”*. Dette betyr at noen verdighetsstrategier trolig kunne aktiveres uavhengig av hvordan hjelperen forholdt seg til brukeren. Andre kunne frembringes som en reaksjon på den andre og samhandlingen. Uansett er verdighetsstrategiene relasjonelle, fordi de kommer til syne under samhandling. Strategiene kan være mange, og jeg vil her kun diskutere enkelte av dem. Jeg vurderer strategiene i lys av annen litteratur på området, samt knytter an til teori om reaksjoner på institusjonalisering.

Den første strategien er ”takknemlighet”, hvor mottakernes positive holdning til hjemmesykepleien er fremtredende. De neste temaene, ”distanse” og ”kritikk” beskriver mottakere som viser en nøytral eller negativ holdning til hjelperne og hjelpen for å beskytte og ivareta egen verdighet. Jeg viser deretter hvordan enkelte mottakere kan resignere overfor hjelperen, og vurderer om dette også er uttrykk for en distanse eller om hjelpernes holdning frembringer resignasjon hos pasientene. Til slutt beskriver jeg strategien som fungerer som en omfavnelse av rollen som hjelpeløs mottaker.

## **Takknemlighet**

Å takke for hjelpen var en måte mottakerne avsluttet besøket på. Ingebretsen og Solem (1991: 92) beskriver at takk kan fungere som en slags betaling for hjelpen. Det symboliserer nøytralt bytteforhold. Å takke var således en måte å være alminnelig høflig på. Mottakerne viste imidlertid en generell takknemlighet til hjemmesykepleien og hjelperne:

- Jeg lurer litt på hvordan du opplever det å motta hjemmesykepleie?
- Du, det opplever jeg som et eventyr. Jeg synes det er helt fantastisk.

Brukerne formidlet takknemlighet under besøkene, og fortalte det til meg i intervjuene. De takket for hjelpen flere ganger og ønsket ofte hjelperne velkommen tilbake. Det var i utgangspunktet lett å skjønne at brukerne var takknemlige. Hjelperne var stort sett veldig blide og høflige, og utførte mange tjenester. Det er imidlertid fremsatt andre teorier om hvorfor takknemlighet er så viktig. Georges Midré (1971:128ff) har beskrevet hvordan enkelte hjelpemottakere søker å gjøre seg populære hos de som har makten, ved å vise takknemlighet. Pasientene gjør dette fordi det er et byttemiddel, men også fordi det kan være gunstig for dem senere. Goffman (1992: 134) beskriver at man ofte søker å gjøre seg til venns med service-spesialisten. Undersøkelser av ansatte i hjemmesykepleien bekrefter at de foretrekker å gjøre ekstratjenester for de takknemlige mottakerne (Vabø 1998: 50). Å være på lag med de ansatte kunne gi fordeler. Dersom dette var pasientenes ønske, vil de kunne beskrives som rasjonelt kalkulerende og nyttemaksimerende, fordi de i første rekke var opptatt av hva de kunne få ut av samhandlingen.

Lillestø beskriver takknemlighet som en beskyttelsesstrategi hos mottakere av hjemmesykepleie. De er redde for ”å komme på kant med personalet” og har tidligere følt seg straffet for kritiske holdninger til hjemmesykepleien (1998: 153). Her blir ønsket om å ha en god tone med de ansatte en rasjonell strategi for å slippe sanksjoner og ikke å oppnå goder. Dette kan

ses i forbindelse med de ansattes mulighet til å bestemme over mottakernes skjebne. Edwards, Stanizweska og Crichton (2004) har studert takknemlighet blant pasienter på sykehus. De fant at pasientene gjerne sa seg fornøyd fordi de ønsket å ha et godt forhold til dem som skulle ta vare på dem. I hjemmesykepleien har pleierne stor mulighet til å påvirke hvor mye og hva slags hjelp mottakerne skal få. Brukerne så for eksempel med gru på å bli innlagt på sykehjem, men flere visste at dette var alternativet dersom de ble dårligere. Hjemmesykepleien foretar ofte vurderinger om brukere er for syke til å være hjemme, og de legger sterkt press på dem dersom de mener burde takke ja til sykehjemsplass. Dette kan gi brukerne spesiell grunn til å vise takknemlighet for hjelpen de får.

Det trengte likevel ikke være frykten for at *hjelperne* skulle tvinge dem over i en institusjon som skapte tilfredsheten med hjemmesykepleien. Sykehjem er uansett det nærmeste å sammenligne denne typen hjelp med, og det alternativet er for mange ikke å foretrekke. Frederik uttalte: *"Jeg vil unngå sykehjem så langt det er mulig. Så sant jeg ikke får langtkommen Alzheimer"*. Flere var takknemlige for at de var så friske som de var, og i intervjuer med meg, vektla de stadig hvor heldige de var som fikk så god hjelp. Takknemligheten kan trolig ikke bare skyldes frykt for sanksjoner.

Å takke kan også være en måte å unngå følelser av krenkelse på. Da jeg spurte Esther hva hun syntes om hjelp til stell, svarte hun: *"De er enestående"*. Ved å være opptatt av at de andre var snille, slapp hun kanskje oppmerksomhet på sin egen situasjon. Takknemlighet kan også være et uttrykk for at mottakerne så det som nedverdiggende å utføre slike tjenester, og at de var glade for at noen ville gjøre det. Mottakerne kunne ofte vise takknemlighet på "samfunnets vegne", ved å berømme hjelperne for å ta slike jobber. En av mottakerne kalte pleierne for "engler". De ansatte ble opplevd som en gruppe som hadde viet livet til å ta vare på andre. Dette kan også forklare hvorfor mottakerne uttrykte seg så positivt i intervjuene. Deres beskrivelser var ofte rettet mot å beskrive pleierne og deres slitsomme arbeidssituasjon, fremfor egne opplevelser. Som Andrews m.fl. (2004) også fant, var mange pasienter opptatt av å fokusere på det positive ved sin situasjon. Slik ble negative opplevelser gjerne oversett til fordel for oppbyggende tanker.

I samhandling fungerte takknemlighet også som verdighetsformidling til pleierne. Å vise takknemlighet gjorde at oppmerksomheten i større grad var rettet mot de ansattes personlige

innsats, fremfor at de utførte en jobb. Dette viste seg blant annet i hjelper Kristine sin samtale med en mottaker.

- Klokken er bare 16.15, og jeg kommer tilbake om fire timer.
  - Å, gjør du! Så snill du er!
- Hun strakte hendene ut og klemte Kristine litt inntil seg.

I og med at denne mottakeren mottok den samme hjelpen hver dag, var det en selvfølge at Kristine skulle komme tilbake. Hun valgte likevel å forstå det som at Kristine selv hadde bestemt seg for å komme og hjelpe henne senere. Mottakeren ga Kristine tilbakemelding på at hun var snill og gjorde en god jobb.

Takknemlighet som verdighetsstrategi kan sies å ha to funksjoner for pasientene. Den ene er at mottakeren kan skape et godt bilde av egen opptreden til hjelperen. Den andre er at det kan fungere som en måte å forholde seg til sin egen situasjon på. En takknemlig innstilling kan fungere som skaper av verdige samhandlinger og som middel til selvbeskyttelse.

## **Distanse**

Mange eldre kvinner har sagt at de heller ønsker hjelp fra det offentlige enn fra pårørende (Nordhus m.fl. 1986: 36). Det later også til å ha vært en økende tendens til at mottakerne oppfatter hjelpen som en rettighet (Daatland 1984). Dette kan tyde på en utvikling mot at man også ønsker en distansert og mer upersonlig tjeneste. Rettighetstanken trenger likevel ikke gi et bilde av hva slags forhold mottakeren ønsker til hjemmesykepleien. Å ikke få hjelp av familie kan i større grad handle om at man ikke ønsker å belaste dem fremfor at man ønsker distanse til dem som skal ta ansvar for pleieoppgaver. Imidlertid så jeg at mottakerne uttrykte distanse til hjelpen og hjelperne på ulike måter.

Tidligere studier har vist at mange ønsker distanse til profesjonelle som får mye innsikt i deres private arena. Lone Friis Thing beskriver skadede idrettsutøvere som opplever det krenkende dersom behandleren overskrider kroppens personlige rom. Hun sier at *"Patienten er afhængig af behandleren på en intim men upersonlig måde"* (Thing 2005: 20). Ved å ikke slippe inn hjemmesykepleien på den private arena, kan mottakerne unngå å føle seg krenket. En av mottakerne jeg var på hjemmebesøk hos, hadde en svært distansert holdning til hjemmesykepleien. Hans samtaler med pleierne fulgte stort sett de såkalte "frisør-temaene", og de



ansatte ble heller aldri stående og prate når oppdraget var utført. Under intervju vektla mottakeren betydningen av at hjelpen var profesjonell.

Det synes også som at den nye tjenesteutformingen til hjemmesykepleien i større grad er basert på en tanke om utføring av fysiske oppgaver, fremfor omsorgsarbeid. Begreper som ”bruker” og ”oppdrag” bygger oppunder en aktiv mottaker, men signaliserer en distansert tjeneste. Vabø (2001) har diskutert problematikken rundt innføringen av begreper som ”brukeren” eller ”forbrukeren”, der hjelp blir klassifisert som et tjenesteforhold. Disse begrepene faller trolig i smak blant de som ønsker en distansert tjeneste. Lillestø (1998: 183) beskriver hjelpemottakere som følte seg invadert av hjemmesykepleien og hadde behov for å beskytte sitt private område. Av de mottakerne jeg besøkte, hadde få en distansert og avvisende holdning til helperne. Det virket også som om de som sto i sterkest avhengighetsforhold til pleierne i større grad lot dem tre inn i livet sitt. I stedet for å skyve dem fra seg, tok de i bruk andre verdighetsstrategier, som å være takknemlige. Dette er ikke et argument mot Lillestø sine funn, men kan bidra til å nyansere bildet av pasienten i hjemmesykepleien.

Det var generelt vanskelig å samtale med brukerne om opplevelse av krenkelse, for eksempel i forbindelse med hjelp til stell. En mottaker mente det var helt uproblematisk å motta hjelp til stell, andre valgte å fremheve de ansattes positive innsats på dette området. Thing (2005) fant at de skadete idrettsutøverne beskyttet sin verdighet ved å unngå å snakke om emosjoner. Selv om brukerne av hjemmesykepleie ikke er i samme situasjon som idrettsutøvere, hadde de noe av den samme erfaringen. De hadde opplevd en reduksjon av kroppens funksjoner, og var avhengig av andre mennesker for å opparbeide styrke eller hindre forverring.

Enkelte pasienter forholdt seg overhodet ikke til at kroppens funksjoner var redusert, for eksempel med kontrollen med avføring og urin. Dette ble også nevnt på rapporten:

Karina hadde vært hos en bruker. Der hadde det vært voldsomt med avføring da hun kom. På doskålen, på gulvet, på beina hans osv. Hun hadde vasket og vasket, og bedt om at han skulle få sin private vaskehjelp til å komme og vaske senere. Jeg spurte etterpå hvordan han hadde reagert. Karina mente at det ikke virket som om han brydde seg i det hele tatt. Hun hadde til og med måttet be han om å vaske hendene sine etter han hadde tatt i skittent papir.

Det overrasket meg at denne mottakeren overhodet ikke hadde reagert med skam eller ubehag. En forklaring kan være at han så det slik at hjemmesykepleien allerede hadde trådt

bak kulissene, og dermed var forventet å ordne opp. Da ville ikke denne episoden bli spesiell, siden de uansett forholdt seg til hans mangel på kroppskontroll. Samtidig ble episoden nevnt på rapporten fordi det var spesielt for hjelperen å oppleve det. En annen mulighet er at han hadde resignert i forhold til sin egen kropp og hvordan den fungerte. Lillestø (1998: 174) beskriver hvordan mottakere kan snakke om kroppene sine som objekter. Tingliggjøring blir som en tankeflukt, hvor oppmerksomheten fjernes fra egen kropp. Slik unngår mottakerne å føle på krenkelsene.

Det kan imidlertid være at pasienten faktisk følte på krenkelsen, men at han valgte å ikke gi hjelperen tilgang til disse følelsene. Dette kan forstås som selvbeskyttelse, hvor hjelperen ble den han beskyttet seg mot. Han lot henne ikke få innblikk i sine personlige følelser, og hun fikk ikke delta i å ”reparere” og styrke selvfølelsen hans. Dette kan være uttrykk for et ønske om distanse i forholdet til hjemmesykepleien. Kanskje var følelser noe han ville ta opp med andre. Dette kan forklare hvorfor pasientene i så liten grad ønsket å snakke om krenkelse med meg. Jeg hadde også vært tilstede i de situasjonene de mottok stell.

Det må i denne sammenhengen nevnes at enkelte brukerne var kognitivt svekket, noe som gjør at slike opplevelser trolig ikke oppleves krenkende for brukeren. I disse tilfellene vil ikke pasientenes distansering kunne kalles en verdighetsstrategi, fordi de ikke opplever at selvfølelsen er truet. Det er også vanskelig å si noe sikkert om distanse og krenkelse, da mine observasjoner av distanse innebærer tolkninger av det som *ikke* ble sagt i møte med meg og hjelperne. At pasientene ikke uttalte seg om opplevelser av krenkelse, kan også bety at de ikke følte seg krenket av hjelperne eller av å få hjelp. For enkelte kan det for eksempel ha vært en befrielse å få hjelp til intimhygiene når de opplevde at kroppen sviktet.

Det var imidlertid ikke bare i forhold til tabubelagte områder brukerne unnlot å beskrive krenkende sider ved å motta hjemmesykepleie. Dette gjaldt også hjelpernes håndtering av tidspresset. Under noen hjemmebesøk viste enkelte av de ansatte tydelig at de hadde det travelt. De kunne for eksempel bli gående frem og tilbake mens de ventet på at mikrobølgeovnen skulle bli ferdig, og skru den av og på flere ganger for å sjekke om maten var blitt varm nok. Brukerne uttalte seg i liten grad negativt om dette. Dersom de gjorde det, var det for å uttrykke medfølelse med hjelpernes arbeidssituasjon og for å kritisere systemet. Samtidig var det tydelig at brukerne opplevde store forskjeller på hvordan de ansatte løste tidsproblemet.

Flere forklarte at det var forskjell på hjelperne – om de *tok* seg tid eller ikke. Brukerne forsvarte at dårlig tid var en god grunn til å gå, men opplevde likevel at tidsproblematikken til dels var personavhengig. Under intervju med mottakeren Esther, svarte hun meg (R), slik:

R: Hva tenker du om tidsbruken til de som kommer? Føler du at de har tid til det de skal eller..?

E: Ja, noen har det ganske travelt. Og noen tar seg god tid.

R: Er det de samme det da eller?

E: Ja, det er svært få som er sånn at de har liten tid, og det kan man jo forstå (at noen har liten tid). De skal mange steder. Men det er noen som sier ”neida, bare... jeg har god tid”. Og tar seg god tid. Og det er for meg både hyggelig og meget nyttig...(pause).... Men stort sett er det enestående.

Det synes å ligge en dobbelthet i dette utsagnet. Esther viste forståelse for at de ansatte hadde dårlig tid, men opplevde at hjelperne løste det på ulike måter. Slik virket det som om brukerne beskyttet sin selvfølelse ved å synes synd på de ansatte, og la skylden på systemet som helhet. Det virket som at Esther opplevde det vanskelig at enkelte hjelpere uttrykte tidspress. Hun kom ikke med åpenlys kritikk, men avsluttet svaret sitt med et *men*, noe som tyder på at det ikke var bare gode opplevelser hun hadde i tankene. Hun unngikk likevel å sette ord på disse opplevelsene. Vissheten om hjelpernes tidspress gjorde at brukerne kunne brenne inne med egne ønsker. De forklarte at de hadde problemer med å spørre om hjelp til ekstrating, og noen kunne si nei til tjenester de egentlig trengte. Dette vil jeg komme tilbake til senere.

Som med ”takknemlighet” viste brukerne at de tok i bruk distanse på ulike måter. Enkelte brukere ønsket generelt et distansert forhold til hjemmesykepleien. Andre viste større nærhet til hjelperne, men unnlot å diskutere opplevelser av krenkelse. Distanse fremstår som en strategi mottakerne benyttet for å beskytte seg selv fra opplevelser av krenket selvfølelse. Det være seg i relasjon til travle helpere eller i forhold til egen kropp.

## Kritikk

En annen måte å distansere seg fra hjemmesykepleien og pleierne, var å ta en mer aggressiv eller nedlatende tone overfor pleierne. Jeg så også på dette som en måte å beskytte sin egen verdighet på. I dette tilfellet er verdighetsstrategien mer eksplisitt, da mottakeren tydelig ga uttrykk for hva hun eller han mente. Under intervju ga alle brukerne eksempler på hvilke ”kategorier” mennesker de ikke likte. Det var i stor grad etnisitet, kjønn eller mangel på utdanning som avgjorde hvem de ville, eller ikke ville ha besøk av. De kunne kritisere direkte, som Britt gjorde her: ”Å, *alltid* skjer det noe galt når du er her!”. Andre ganger

kunne de kamuflere kritikken gjennom humor. I samtale med pleieren Kevin, brukte Christian en sarkastisk humor:

K: Nå skal du stå opp!

C: Er du diktator?

Litt senere:

C: Si meg, er du overlege eller bare overlegen?

Christian kritiserte ikke direkte, men formidlet at han ikke var helt fornøyd. I stedet for å forklare sine følelser, brukte han humor for å fortelle at han følte seg herset med. Dette gikk på bekostning av Kevin, som virket usikker på hvordan han skulle respondere.

Enkelte virket veldig opptatt av å få faglærte på besøk, og kritiserte derfor lettere de ufaglærte. Dette kan ha forklaring i at hjelpen de fikk av faglærte var bedre. Noen var bekymret for sår og blodtrykk, og det var en trygghet for dem at faglærte kunne kontrollere disse tingene. Det ble likevel gitt andre grunner til at de ufaglærte kunne være vanskelige å ha med å gjøre. En mente at de sprutet ned badet hennes under dusj. Kunne det være slik at de så på hjelp fra ufaglærte, eller personer med annen etnisk bakgrunn, som en trussel mot sin verdighet? Som tidligere nevnt, hadde de fleste mottakerne høy sosial status, og det å motta ufaglært hjelp kunne kanskje oppleves som ytterligere krenkende. Dette kan trolig også forklare hvorfor mottakerne hadde en nedlatende holdning til disse hjelperne.

En annen forklaring kan være at de i større grad så på disse hjelperne som "hushjelpen", og derfor så det som mer passende å komme med kritiske kommentarer, som: "*Si meg, kan du ikke lage kaffe?*". Enkelte mottakere forholdt seg som overordnet i forhold til hjelperen. "Kravstore" mottakere, er ikke et ukjent fenomen i hjemmesykepleien. De er vant med at andre jobber for seg, og at de får det som de vil (Vabø 1998: 47). Når hjelp blir noe man har krav på, kan hjemmesykepleien i større grad ses på som et middel til å oppnå livsverdighet. Tendensen til at pasienten forstås som forbruker, gjør at det som her behandles som "krenkelse" kan forstås som "dårlig service".

En av pasientene virket svært mektig, og nesten skamløs i møtet med de ansatte. Han var stort sett høflig, men hans fremtoning virket likevel truende på pleierne. Noen fortalte at de syntes det var ubehagelig å være der, fordi han kunne kritisere dem og hjemmesykepleien åpenlyst.

Han formidlet sterk selvfølelse, men lite verdighet til andre. Dette kunne synes som en måte å kontrollere de ansatte på. Dette var ekstra tydelig under et besøk med hjelperen Mikael. Mens Mikael lette etter strømpene hans, sukket mottakeren oppgitt over han. Senere sa mottakeren: ”Du må ikke være så hektisk, Mikael”. Siden Mikael ikke forsvarte seg, fikk mottakeren bekreftet sin overlegenhet. Hjelperen prøvde på sin side å gjøre jobben best mulig, men han virket tydelig nervøs.

På den annen side kan en aggressiv og nedlatende holdning også være uttrykk for å ville distansere seg fra opplevelse av angst og frykt i forhold til egen tilstand. Det kan være en måte å gjenvinne mistet territorium på, og beskytte sitt personlige rom (Lillestø 1998: 181f). Dette trenger ikke nødvendigvis å utelukke en status-forklaring. Mottakerne reagerte trolig sterkere på å være ”den svake part” i hjelperelasjon til noen med lav sosial status. Kritikken kunne derfor være en måte å hevde seg på.

## Resignasjon

Det var imidlertid ikke alltid slik at brukerne ga uttrykk for hva de ønsket av hjelperen. Under et intervju spurte jeg Frederik om han opplevde å kunne påvirke hvordan besøket skulle foregå. Han svarte: ”Det er jeg som er pasienten. De spør gjerne, men de får gjøre som de vil”. Frederik uttalte seg i tråd med den tradisjonelle pasientrollen. Talcott Parsons har beskrevet en slik pasientrolle (Svensson 1998: 27). Legen er eksperten som skal gjøre pasienten frisk, og pasienten er passiv mottaker som skal følge legens råd. Jeg vurderte om denne rollen kunne være en type verdighetsstrategi. Å ta på seg en slik pasientrolle var en måte å fullt ut akseptere at man trengte hjelp på. Frederik hadde resignert, og ønsket ikke selv å bestemme hvordan besøket skulle foregå. Dette viste seg i flere samtaler mellom hjelper og mottaker. Reidun ville for eksempel ikke ytre egne ønsker til hjelperen Kristine:

K: Skal vi kanskje vaske deg litt nedentil også?

R: Vi kan gjøre som du vil.

Brukerne snakket til tider som om pleiernes gjøremål ikke angikk dem. I noen tilfeller oppfattet jeg dette som uttrykk for at beslutningene var uviktige, og ikke verdt å diskutere. Noen hadde for eksempel ikke en bestemt preferanse for om de skulle gå på badet eller smøre mat først. I andre tilfeller ble jeg likevel overrasket over hvor lite enkelte brukere lot til å bry seg om hva som skulle foregå med dem og deres kropp.

Kunne resignasjon være uttrykk for at man ville være en flink pasient? Å avstå fra å ta beslutninger, kan være en måte å vise at man har tillit til pleierne og vil gjøre det lett for dem å utføre oppdraget. Dette ville i så fall innebære at brukerne bevisst holdt tilbake egne ønsker for å la hjelperne avgjøre hva og hvordan oppdraget skulle utføres. Dette henger sammen med det som ble nevnt under ”distanse”, nemlig at pasientene brenner inne med egne ønsker. Både Frederik og Reiduns utsagn kan tolkes på denne måten. Ved siden av å si at de ikke var så opptatt å bestemme, uttrykte de at det var viktigst for dem å gjøre det som passet hjelperen best. De brukte i større grad den andre ressursen, å vise aktelse til den andre, og unngikk eventuelle konflikter om hva som skulle gjøres.

Svaret Reidun ga i forhold til nedentilvask kunne tyde på at hun selv ikke hadde noe behov for å bli vasket. Det kan imidlertid tenkes at Reidun hadde lyst til å få vasket seg, men at hun ville gi Kristine mulighet til å la være dersom hun for eksempel hadde det travelt. Hennes utsagn kunne på den ene siden bety at hun ikke ville ha hjelp til å få stelt seg, mens på den andre siden kunne det bety at hun ville ha hjelp, men ikke ville kreve det. Under et annet besøk sa en pasient nei til kveldsstell, men pleieren mente at det var nødvendig og hentet vaskekluten. Da hun ble vasket, takket brukeren for at hun ble vasket likevel. Pleierne måtte derfor ofte lirke og lure for å finne ut om det var av hensyn til deres tidspress, eller at brukeren for eksempel ikke orket, som var grunnen til den avvisende holdningen. Pasientene valgte i disse tilfellene å la hensynet til de ansattes tidspress være viktigere enn egne behov, som for eksempel å få stelt seg. I tilfellene der de ansatte ikke protesterte, endte det ofte med at brukeren ikke fikk hjelp til ting de hadde vedtak på. Dette tydeliggjør igjen dobbeltheten som var å finne i mange samtaler. Hjelperne ble ofte tvunget til å ta avgjørelser for hva som skulle gjøres, og hadde ikke mulighet til å vite om de handlet i den andres interesse eller ikke. Pasientene skapte på sin side et bilde av seg selv som en lite krevende og medgjørlig pasient. I disse tilfellene kan mottakeren i liten grad ses på som en ”forbruker” av tjenester, slik tendensen har vært de siste årene.

Pasientene resignerte imidlertid ikke bare for å gjøre det lettere for pleieren. I enkelte tilfeller omtalte pasientene seg som betydelig svekket, slik at hjelperen måtte ta alle beslutningene. Et utdrag fra et feltnotat fra brukeren Britt er et eksempel på dette. Hun var svaksynt og trengte hjelp til mat, medisiner og noe påkledning. Her i samtale med pleieren Hege:

Hege spurte om hun skulle smøre noe mat til senere.  
B: Jeg vet ingenting. Du må bestemme.  
H: Men er det nok mat til deg det du har nå?  
B: Jeg ser ikke det. Jeg er blind.

Dette kan være et eksempel på at resignasjon var en måte slippe å forholde seg til mange mennesker og spørsmål på. Dersom jeg hadde gjort feltarbeid en gang til, hadde det vært interessant å telle hvor mange spørsmål som ble stilt i løpet av hvert besøk. De ansatte spurte om brukeren hadde sovet godt, om de hadde tenkt seg ut, om de ville stille seg, hvordan de hadde det, hvor mange brødskeer de ville ha og så videre. For noen kunne resignering være en måte å unngå å forholde seg til for mange spørsmål på.

I motsetning til i institusjonen, er ikke alle rutinene fastlagt, og hjelper og mottaker var nødt til å koordinere sine bevegelser. For å vise at de tok hensyn til pasientenes ønsker, var pleierne nødt til å stille spørsmål til brukerne. Utføring av hjelp i hjemmesykepleien kunne derfor synes mer fri og forhandlende. For enkelte virket trolig mengden av spørsmål masete og kontrollerende. I boken *Anstalt og menneske* (1967b), snakker Goffman om tilbaketrekning. Det er en måte å beskytte seg på, som reaksjon på å komme inn under en total institusjon. Å bli stilt spørsmål om det ene og det andre kunne virke invaderende, og enkelte resignerte for å beskytte selvfølelsen sin. Dette kan forklare hvorfor Britt svarte så avvisende på Heidis spørsmål.

På den annen side trenger ikke resignasjon være en reaksjon på pleiernes oppførsel. For mange var det største problemet at deres aldrende og syke kropp skapte store begrensninger. Ved å ikke forholde seg til hva som skulle foregå, kunne også resignasjon være en type distanse for unngå å føle på en opplevelse av hjelpeløshet.

### **Lært hjelpeløshet?**

I helsesektoren er det et mål at pasientene skal klare mest mulig selv. Skau snakker om at de profesjonelle skal legge til rette for at klienten i størst grad skal få tilgang til sine egne ressurser (1996: 37). Dette kan bidra til å skape en opplevelse av verdighet for mottakeren, siden man opprettholder autonomi og kontroll. Likevel viste det seg at mange fikk hjelp til ting de kunne, og til tider ønsket å klare selv. Kunne det være at resignasjon var uttrykk for at hjelperne skapte passive mottakere?

Hjelperne hadde ulik praksis i forhold til hva de lot brukerne gjøre selv og ikke. For eksempel hadde brukeren Christian liten forståelse for hva som var nødvendig å gjøre ved et morgenstell, men han klarte å ta av seg skjorten sin uten problemer. Jeg så kun at en av hjelperne ba han om det. En grunn til dette kunne være at de ikke visste at han klarte det selv. Spesielt i forhold til demente, kunne det være vanskelig å skjønne hvilke ressurser de hadde og ikke. Christian kunne ta av seg skjorten, men hadde tydelige problemer med å skjønne hvordan en melkekartong skulle åpnes. Dette gir imidlertid ikke hele forklaringen. Hjelperne utførte ofte oppgaver som det ikke var tvil om at mottakerne hadde kapasitet til klare selv.

En årsak til at hjelperne gjorde ekstra mye, kunne være dårlig tid. Det tar lenger tid å forhandle frem hvem som skal gjøre hva. Dette viste seg også i forhold til hvordan hjelperne trådte inn i hjemmet. Flere av brukerne virket oppegående nok til å åpne døren selv, men dersom hjemmesykepleien hadde nøkkel, låste de seg inn. Tidspresset syntes å skape et selvbegrensende system. De ansatte skulle bidra til at brukerne skulle klare seg best mulig hjemme, samtidig som tiden ikke strakk til. Dette resulterte i at hjelperne definerte en ramme der brukerne fremsto som mer hjelpeløse enn de var. Brukerne ble fratatt oppgaver de egentlig kunne ha mestret, noe som trolig kunne oppleves som krenkende for enkelte.

At pleierne kan hjelpe ”for mye”, er trolig også knyttet til problemet med tempoet eldre og syke utfører handlinger i. Ting tar lenger tid når man er eldre og svakere. Å kle på noen, tar også kortere tid enn å tilrettelegge for at de skal gjøre det selv. At hjelperne hjalp til ekstra kan imidlertid ikke forklares med tidspress alene, men om at de også var i annen ”tidsmodus” enn brukerne. Selv da jeg visste at tiden ikke var spesielt knapp, kunne de ansatte virke stresset. Det kunne trolig være frustrerende å se på at noe ble gjort sakte, når de selv kunne gjøre det fort.

På den annen side kan denne typen hjelp også knyttes opp mot at de ansatte vil vise seg som hjelpsomme. Dersom man ville vise at man er snill, er det trolig lettere å utføre tjenester, fremfor at de skal gjøre det selv. Pleierne tilbød gjerne å utføre tjenester som brukerne egentlig ikke trengte. Dette viste seg blant annet da hjelperen Ingeborg hadde varmet middag til Borghild på kjøkkenet:



B: Jeg kan gå ut på kjøkkenet  
I: Men jeg kan komme inn med det til deg.  
B: Neida, jeg har godt av å reise meg.

Denne samtalen viser at mange av de ansatte ønsket å formidle verdighet gjennom å utføre tjenester. Utføring av småtjenester gikk på bekostning av å få pasientene til å gjøre mest mulig selv. Å hjelpe til, var kanskje også pleiernes måte å gjøre det de så på som passende i en pleiesituasjon. Det virket trolig mer konstruktivt å ta i et tak enn å veilede. Det ble derfor en motsetning mellom de substansielle reglene om at mottakerne skulle gjøre mest mulig selv, og den seremonielle verdighetsformidlingen. Martin Seligman hevder at hvis pasientene over lang tid opplever at de fratas kontroll over situasjoner, oppstår lært hjelpeløshet (Seligman 1975: 182, referert i Houg 1998). Slik vil de ansattes hjelpervilje kunne skape en mer passiv og hjelpeløs pasient. Det syntes ulikt hvordan denne hjelpen opplevdes for brukerne. Noen satte pris på å få gjøre ting selv, mens andre ønsket tydelig å få mest mulig hjelp.

Under besøkene så jeg noen pasienter vise motstand mot å bli hjulpet *for* mye av hjelperen. De beskyttet sin autonomi mot hjelp eller overtramp fra personalet. For eksempel var det en som alltid insisterte på at hun skulle stumpe røyken sin selv. Når de ansatte bøyde seg for å ta den fra henne, holdt hun den andre hånden opp for å vise at hun ville gjøre det. Andre viste en mer indirekte motstand. Her er et utdrag fra en samtale mellom hjelper Helge og Bjørn:

H: Og så var det øyedråper.  
Bjørn fant de frem, og Helge dryppet han i begge øynene.  
B: Jeg kan egentlig klare det her selv  
H: Ja, men nå er jeg jo her  
B: Ja, jeg ville bare at Ragnhild (jeg) skulle vite det

I samtale mellom Kari og Bjørn, ble utfallet slik:

B: Jeg kan dryppe øynene mine selv.  
K: Kan du det?  
B: Ja, men det er kanskje like greit at du gjør det. Det går litt...  
Kari dryppet han.

Bjørn også måtte være rask med å fortelle at han kunne gre håret sitt selv. Pleieren kom ellers gående og gredde han mens han gikk fra badet til soveværelset. Det var tydelig at han ønsket å understreke sine evner og autonomi, spesielt i forhold til meg. Men selv når han tok det opp, fikk han ikke alltid gehør for det. I flere situasjoner lurte jeg på hvorfor Bjørn var så forsiktig med å si hva han ønsket. Det var til tider helt umulig for meg som ukjent å oppfatte hva han

ville. Jeg så på de ansattes måte å begrense Bjørns autonomi på, som en forklaring på at han kommuniserte på denne måten. Siden han ofte ikke fikk gjennomslag for sine ønsker, valgte han i stedet å kamuflere dem. Det var trolig mer krenkende å ikke få respekt for ønskene sine, enn å ikke formidle dem. Lillestø hevder at *"(...) å forklare og kjempe for sitt menneskeverd (er) også i seg selv en krenkelse av menneskeverdet"* (Lillestø 1998: 196).

Her har jeg beskrevet pasienters resignasjon for å beskytte og beholde sitt private rom. Dette blir et argument for at de ansattes holdninger og handlinger overfor pasientene bidro til å skape resignasjon. Ved å trekke seg ut av forhandlingsrollen, kunne brukerne beskytte seg mot en stadig krenkelse av selvfølelsen.

### **Å være pasient fullt ut**

Tidligere samfunnsnormer var at de eldre skulle få hvile. Dagens mål har i stedet vært preget av at de eldre skal være aktive og bo hjemme så lenge som mulig, og ideologien har vært preget av en tanke om hjelp til selvhjelp i større grad (Wærness og Thorsen 1999:14). Jeg har vist at de ansatte ikke alltid klarte å ivareta denne ideologien i praksis. På samme tid var det heller ikke slik at alle brukere var ute etter å klare seg best mulig på egenhånd. Mange lot til å ha akseptert at de var syke, og ønsket så mye hjelp og omsorg de kunne få.

En av de ansatte fortalte på rapporten at hun hadde gitt en eldre dame beskjed om at hun ikke lenger kunne få besøk av hjemmesykepleien. Brukeren hadde blitt så lei seg, men pleieren fortalte at når de ikke hadde noe å hjelpe henne med, kunne de heller ikke besøke henne. Hjemmesykepleie er *"knappe goder"* (Vabø 1998: 13), noe de fleste mottakerne var klar over. Den enkelte må forholde seg til at dersom de klarer mer på egenhånd, risikerer de redusert hjelp. Det er derfor nødvendig å bevise at man er syk for å beholde hjelpen. Selv om ikke er hjemmesykepleien er ansvarlig for tildelingen av tjenesten, foretar de likevel vurderinger av brukerens hjelpebehov, og forhandler med brukerne om hvilke oppgaver som er nødvendig å utføre. Enkelte måtte overbevises om at hjelpen var nødvendig, mens andre måtte overtales til å klare seg mer på egenhånd. Noen pasienter ville unngå å gjøre ting, fordi det var slitsomt eller vondt. I andre tilfeller fikk jeg inntrykk av at enkelte var svært komfortable i rollen som hjelpemottaker. Et notat fra hjemmebesøk hos Esther kan uttrykke dette:

Sønnen til Esther ringte, og de snakket litt sammen.

...

E: Jeg blir matet!

Hun ropte det begeistret ut, og det gjorde henne tydelig glad. Verdigheten som ble formidlet til henne som syk og hjelpeløs, lot til å virke styrkende på hennes selvfølelse.

Under feltarbeidet fulgte jeg utviklingen til en eldre kvinne som hadde fått en øyeoperasjon. Etter noen dager kunne hun skimte lys, og etter hvert kunne hun se så mye at hun kunne gå på toalettet på egenhånd. Etter noen dager begynte hun å klage over en tilbakegang. Under et besøk hadde hun besøk av en venninne. Pleieren og venninnen snakket om hvor flott det var at hun fokuserte bedre og så mer lys. Brukeren var ikke lenger så sikker på om hun var bedre. Under senere besøk var tema igjen hvor mye dårligere hun hadde blitt. Samtidig mente jeg å observere at hun faktisk så betraktelig bedre enn tidligere. Hun grep blant annet etter små ting som lå på bordet. Pleierne syntes i stor grad å akseptere kvinnens framstilling, selv om en av pleierne fortalte at sønnen hevdet at moren stadig hadde villet gjøre seg dårligere enn hun var. Hennes holdning til hjemmesykepleien syntes å følge en tanke om at jo mer hjelp man trengte, desto mer omsorg mottok man.

Denne kvinnen tok på seg rollen som fullstendig hjelpetrengende. Album (1985: 114) har utformet en pasienttype som han kaller ”den fullt ut syke”. Denne syntes å passe godt på den blinde hjelpemottakeren. Både hun og de ansatte hadde godtatt den rollen hun var i, og hun syntes å trives i den. Dersom brukeren hadde blitt betraktelig bedre, hadde hun måttet gi avkall på deler av hjelpen, og mistet noe av omsorgen fra hennes tid som blind. De som hadde et stort hjelpebehov fikk gjerne besøk fire ganger om dagen. Det vil si over 20 besøk i uken. Slik ble det nesten uunngåelig for mottakerne å definere hjemmesykepleien som en stor og viktig del av livet.

Som sagt viste de ansatte ofte et stort ønske om å hjelpe til med det meste. Å påta seg en rolle som fullt ut syk, kunne også være en løsning for å skape en verdig samhandling. På samme måte som resignasjon kan være det, kan også det å påta seg en passiv pasientrolle være en måte å være hensynsfull mot hjelperne på. Pasienten lar dem få gi så mye hjelp og omsorg som de ønsker. Dette var imidlertid ingen sannsynlig forklaring alene. I flere tilfeller syntes det som at mottakerne brukte møtene med hjemmesykepleieren for å styrke sin egen selvfølelse. En av brukerne kalte ofte seg selv for ”idioten”. Hun sa for eksempel at de ikke

skulle høre på henne fordi hun var idiot, ”*gammel og idiot*”. I andre tilfeller sa hun at hun var blitt så gammel at det nok hadde vært best hvis hun døde.

Goffman (1967a) beskriver pasienter som profanerer seg selv ved å bemerke eller hevde at de har visse negative egenskaper. Å snakke nedsettende om seg selv går imot vanlige atferdsregler, der man i størst grad vil fremvise ”et verdig selv”. Den gjensidige verdighetsformidlingen er heller ikke å spore i disse situasjonene, fordi det i stor grad dreier seg om pasienten, og temaet er vanskelig for andre å behandle. Alle pleierne svarte benektende på at vedkommende var idiot. Som svar på at hun mente at hun burde dø, ble det for eksempel sagt at det var noe vi mennesker ikke har kontroll over. Denne brukeren ønsket tydelig bekreftelse på at hun ikke var idiot. Samtidig virket det ikke som at hun følte seg som en idiot heller. Utsagnene ble gjerne sagt med en lett tone. Det lot til å være en måte å få de ansatte til å ”dulle” med henne på. Hun krevde at helperne skulle styrke hennes selvfølelse, samtidig som hun også krevde en nærhet til dem, da de ble nødt til å fortelle at de likte henne.

Dette bryter med bildet av mottakeren som passiv og krenket ved å få hjelp. Flere observasjoner gjorde det klart at noen syntes det var godt å være hjelpemottaker. Mens forskning i stor grad har vært rettet mot hvordan mottakere skal sikres selvstendighet og kontroll, var det tydelig noen som satte pris på å slippe ansvar og nøt å motta hjelp. Dette gir mening når vi ser på gruppen av mottakere. De er syke og de fleste er godt over pensjonsalder. Mottakerne har ikke like mye energi, og er mer slitne enn andre. Som nevnt i boken *De fleste gamle er kvinner* (Nordhus m.fl. 1986: 23), er det å motta hjelp noe nytt for mange kvinner. De fleste har vært omsorgsgivere for egne barn, og opplever selv å bli mottakere av omsorg. Selv om dette kan oppleves vanskelig og problematisk for flere, kan det likevel tenkes at enkelte setter pris på omsorgen de får, og ser det som en positiv hendelse i livet.

Samtidig kan det å påta seg pasientrollen fullt ut også være en løsning for å bevare sin egen selvfølelse, som en indre ro. Som jeg nevnte i forhold til resignasjon, kunne det trolig være slitsomt å forhandle med pleierne om hvor syk man var eller hvor mye man kunne klare seg selv. Det kunne derfor kanskje være lettere å forholde seg til rollen som passiv mottaker og nyte den hjelpen som ble gitt. Dette henger sammen med Goffmans (1967b) begrep om kolonisering. Dette er et trekk ved livet i ”anstalten”. Ved at de institusjonaliserte har mistet frihet og kontroll, søker de i stedet godvilje fra de ansatte. De setter pris på godene de besitter

i institusjonen, i stedet for å være opptatt av hvilken frihet de har mistet. Edwards m.fl. (2004) finner at pasientene i stor grad lot seg dominere av systemet, og ikke følte at de var i sin rett til å klage eller kreve noe, selv om de var misfornøyde eller hadde spørsmål om egen tilstand. Dersom mottakerne av hjemmesykepleien også hadde en slik opplevelse, kunne ønsket om å være pasient fungere som en måte å omfavne hjemmesykepleien på. Slik kan de slippe å føle på de vanskelige og begrensende sidene ved å bli hjelpemottaker. På den måten kan også denne strategien knyttes til et behov om å distansere seg fra egne opplevelser.

## ***De ansattes verdighetsstrategier***

Tidligere studier har i stor grad vært rettet mot å se hvordan pasientene må tilpasse seg å motta hjelp (Houg 1998, Lillestø 1998, Album 1996). Min oppfatning av hjemmesykepleien var at de ansatte også hadde mange utfordringer i utføringen av arbeidet sitt. De kunne møte vurdering og kritikk, slik at alle møter heller ikke var verdighetsskapende for hjelperen. At de befant seg i den andres hjem, kunne være med på å skape en større utrygghet.

For å beskytte og styrke sin selvfølelse, tar hjelperne i bruk strategier for å vise seg verdige. Dette vil blant annet bli beskrevet under "Ekspert". Hjelperne møter også situasjoner der de unngår egne ønsker eller behov for å gi verdighet til pasienten. Dette blir hovedsakelig diskutert under "Den snille og den selvoppofrende". Senere beskriver jeg ulike måter hjelperne viser at de er omsorgsfulle på. Jeg diskuterer videre at uttrykk for omsorg også kan være en måte å umyndiggjøre pasienten på, for å takle ubehagelige situasjoner. Til sist viser jeg hvordan hjelperne kan beskytte sin selvfølelse ved å ignorere pasientenes frustrasjoner.

## **Ekspert**

Syv av de ansatte jeg fulgte var faglærte. Jeg var veldig nysgjerrig på hva deres formelle status hadde å si for relasjonen. De ansatte kommenterte gjerne hvordan blodtrykket var og hvordan sår så ut når de ble stelt. Ellers overrasket det meg at medisinske samtaler nærmest var ikke-eksisterende under besøkene. Enkelte av mottakerne mente at det ikke var mulig å skjelne hvem som var faglærte og ikke. En sa at han visste det fordi det kun var faglærte som fylte dosetten hans. Andre mente at de faglærte var mye flinkere enn de ufaglærte. De faglærte syntes å registrere hvilke mottakere som var opptatt av deres fagkunnskaper, og vektla sine kunnskaper i større grad hos disse mottakerne. En fortalte for eksempel en

mottaker at hun var en av de på arbeidslaget som hadde mest erfaring med å måle blodtrykk. Dette kan ha vært en måte å få mottakeren til å slappe av og føle seg trygg. Samtidig var dette en måte å fremheve seg selv på, som gikk på bekostning av de andre i arbeidslaget. Denne mottakeren ble ganske sint og oppgitt når ting ikke gikk helt som han ønsket, og de ufaglærte hadde mindre mulighet til å forsvare seg mot dette.

I hjemmesykepleiens møter viste det seg at en type kunnskap var viktigere enn den faglige. De ansatte var eksperter på å kjenne brukernes rutiner og ønsker. Etter å ha vært med ulike ansatte til de samme pasientene, skjønnte jeg at de gjerne hadde full oversikt over hvordan ting skulle være, og de fortalte det ofte. De avsluttet gjerne setninger med *"som du pleier"*, eller *"som du liker så godt"*. Dersom pleierne hadde gått til brukeren over lang tid, ble dette også ofte nevnt. Dette skjedde for eksempel da mottakeren Bjørn avslørte en ny detalj ved seg selv.

Bjørn satt og spiste.

- Jeg er venstrehendt..
- Er du? Det har jeg aldri visst.
- Nei, jeg bare kom på det nå.
- Så lenge som jeg har kjent deg!

De ansatte strebet altså ikke bare etter å formidle faglig kunnskap, men også den personlige. Dette tydet på at de ansatte søkte etter å være "noe mer" for brukerne. Dette var en strategi som flere av pleierne tok i bruk. En slik strategi gjør pleierne til noe mer enn utførere av oppdrag og fremstiller dem som omsorgsfulle. Det kan gi helperne en følelse av at de er viktige i jobben sin. På den annen side kan dette ytre seg som kontroll, fordi pleierne har kunnskap om brukerne utover den medisinske. Det har vært diskutert i sosiologien om omsorg for "det hele mennesket" også fungerer som en måte å kontrollere pasientene ytterligere på (Svensson 2003: 223). Lillestø har beskrevet mottakere som ville fortelle minst mulig til personalet, fordi det ga dem en følelse av *"avmakt og avhengighet"*. De opplevde også at personalet brøt taushetsplikten ved å diskutere seg imellom, og forsøkte å beskytte seg mot at de ansatte fikk kunnskaper om dem utover den medisinske (Lillestø 1998: 159).

Under rapporten kunne pleierne diskutere personlige sider ved pasientenes liv, og de tok i bruk informasjon de hadde fått på hjemmebesøkene. Ved et tilfelle diskuterte de ansatte hva de skulle gjøre i forhold til en mottaker som hadde det vanskelig. I diskusjon om de skulle ta dette opp med familien, kom det opp at mottakerens sønn hadde vanskeligheter med å godta

morens demens, og derfor ikke burde bli innblandet på det tidspunktet. Jeg vet ikke sikkert om dette var informasjon mottakeren hadde gitt i fortrolighet, men det var informasjon hjemmesykepleien ikke automatisk hadde tilgang til. Ved å opparbeide seg en tillit til mottakeren, kunne de benytte denne typen informasjon i arbeidet sitt. Goffman (1967b) vektlegger at de ansattes oversikt over pasientene gjør at de kan kontrollere dem ytterligere. Det var liten tvil om at hjemmesykepleien hadde denne muligheten.

I min studie var det imidlertid få mottakere som syntes å ville skjule detaljer i livet sitt for hjemmesykepleien. Som tidligere nevnt, kom historier om dem selv på løpende bånd. Mange ansatte viste mye kunnskaper om pasientens liv, og dette var kunnskaper som i stor grad ble verdsatt av pasientene. Her viste hjelper Ingeborg at hun kjente deler av Esthers og familiens historie:

E: Etter mange aborter fikk de endelig en sønn.

I: Ja, det er han som er russ i år?

E: Du er flink.

Det var tydelig at de ansatte brukte disse kunnskapene for å formidle om seg selv at de brydde seg, og at de var gode lyttere. Hjelpernes viste at de var eksperter på menneskene, ikke bare oppgavene de skulle utføre.

## **De flinke og de selvoppofrende**

Hjelpernes ønske om å fremstille seg selv som omsorgsfulle, har gjennomsyret mange av drøftningene i oppgaven. Jeg har beskrevet hvordan hjelperne opptrådte for å vise omsorg og verdighet til den andre, og vist hvilke utfordringer som har ligget i å være en god og omsorgsfull hjelper. Tidligere har jeg problematisert omsorgsutøvelse og ivaretagelse av mottakerens autonomi og verdighet. Å være pleier åpnet også for en annen problematikk; hvordan de skal vise seg som omsorgsfulle, samtidig som de skal ta vare på seg selv.

Flere av hjelperne hadde tydelig et problem med å sette grenser i forhold til mottakerne. Dette viste seg for eksempel i forhold til røyking. En mottaker kunne, på grunn av synet, bare røyke mens hjemmesykepleien var tilstede. En av pleierne jeg var med på hjemmebesøk, Kristine, hadde store problemer med å dra på besøk til henne, fordi hun ikke tålte røyk. Hun opplevde det vanskelig å si at brukeren ikke kunne røyke mens hun var der. Problemstillinger rundt hvilke grenser man kunne sette i andres hjem, ble ofte diskutert på rapporten. Problematikken

rundt den røykende mottakeren ble også tatt opp. Enkelte mente mottakeren måtte godta at ikke alle hjelpere orket røyking når de var der, mens andre mente at man ikke kan nekte mennesker å røyke i sitt eget hjem.

I disse tilfellene kommer helperens behov og ønsker i konflikt med hverandre. Kristine ønsket å være snill, men det kom i konflikt med ivaretagelse av egen helse. Det som er interessant her, er at pasienten ikke ville få vite hva helperen ofret ved å gå dit. Slik ble den andre ressursen i verdighetsformidlingen viktigst, nemlig beskyttelse og styrking av den andres selvfølelse. Helperen kan selvfølgelig ha vært redd for at mottakeren skulle bli sint for at hun ikke fikk røyke, og ville beskytte seg fra dette. Samtidig tydet dette på at helperen i utgangspunktet var svært opptatt av pasientens ve og vel. Kristine forklarte at hun egentlig ville ha godtatt røyking hvis det ikke vært for at hun hadde hatt et illebefinnende i forbindelse med røyking kort tid tilbake.

Norvoll og Hofseth (2003: 69f og 77) finner i sin undersøkelse av Kommunehelsetjenesten at enkelte sykepleiere taler for en avgrenset sykepleierrolle, hvor omsorg og omsorgsoppgaver i mindre grad inkluderes som en del av deres oppgaver. Dersom Kristine hadde hatt en slik forståelse av sin rolle, ville hun trolig avvist mottakerens ønske om å røyke. Røyking ville ikke gjøre mottakeren friskere, og det var noe hun heller ikke ville få vedtak på. Enkelte av de ansatte syntes å støtte denne holdningen. De var opptatt av å gi god hjelp, men så det ikke som sin oppgave å yte slike tjenester. Disse holdningene syntes å gå på tvers av faglig utdanning i arbeidslaget.

Å sette grenser for andre syntes for noen å være ensbetydende med at man krenket dem, noe som opplevdes vanskelig for helperne. Gode møter var viktige for helpernes selvfølelse. Problemer med grensesetting viste seg også i forhold til ekstratjenester. Det ble ofte gjort små ekstratjenester for brukerne, som for eksempel å handle inn småting til dem. Goffman (1967a: 72f) karakteriserer ekstratjenester som et presentasjonsrituale. Det viser aktelse for den andre. En dag satt det fire personer på rapporten som alle hadde handlet inn til brukere. De kjøpte stort sett ting som batterier, melk, brød, kaffe og lignende. En hjemmehjelper fortalte en dag at hun hadde handlet for en bruker med sine egne penger, da brukeren selv ikke hadde noen.



En sykepleier fortalte at hjelperne egentlig ikke hadde lov til å bruke tid på å handle inn småting. Disse tjenestene gikk utover de definerte oppdragene og gjorde dem derfor til viktige verdighetsformidlere. Pleierne brøt med de substansielle reglene for å gi en seremoniell verdighetsformidling. Skatvedt (2002: 61) beskriver også hvordan de ansatte kunne formidle verdighet ved å gjøre ”normale aktelsesritualer” som for eksempel å låne beboerne penger til en is. Dette innebærer å behandle den andre som en likeverdig samfunnsborger, noe som kunne være ekstra betydningsfullt i sammenhenger der de alminnelige samværsformer nærmest var ikke-eksisterende.

Under et av hjemmebesøkene jeg var tilstede på, var mottakeren Britt veldig frustrert over en hjelper. Hun virket sint på han, fordi hun følte seg misforstått og ikke fikk hjelp til det hun ønsket. Pleieren prøvde på sin side å vise at han ville hjelpe henne, men de hadde tilsynelatende vanskelig for å forstå hverandre på grunn av hans norsk-kunnskaper og hennes hørsel. Da han viste at kaffebeholderen hennes var ødelagt av vann, mente hun at det var han som hadde gjort det. Selv om det ikke var hans feil, og han hadde veldig dårlig tid, tilbød han seg likevel å kjøpe ny kaffe til henne. På denne måten brukte han ekstratjenestene for å vise at han hadde gode intensjoner i samhandlingen og var omsorgsfull.

Det virket som det i størst grad var de ufaglærte som handlet inn ekstra ting til brukerne. En forklaring på denne forskjellen, kan være at de faglærte opplevde slike typer krav i mindre grad. Som nevnt tidligere, kunne det kanskje være lettere å se på de ufaglærte som hushjelp enn de faglærte. Samtidig var det ikke bare når mottakerne presset dem, at hjelperne tok en ekstra handletur for brukerne. Dersom de så at brukerne manglet noen ting, tilbød de ofte å handle det inn.

Forskjellen mellom de faglærte og ufaglærte kan ligge i at å gjøre ekstratjenester var å gå under de faglærtes verdighet. På arbeidsplassen var det slik at de ufaglærte kunne bli bedt om å gjøre noen hjemmehjelpsoppdrag, som handling. Hjelpepleierne og sykepleierne ble derimot aldri bedt om det, selv da de hadde roligere dager. Det er et kjent fenomen i helsesektoren at de mindre prestisjefylte oppgavene skyves nedover i hierarkiet (Thorsen 2001). Dette handler også om økonomi. Å la sykepleiere gjøre disse oppgavene er bortkastede penger for arbeidslaget. Som nevnt innledningsvis har sykepleierne i stor grad opplevd et press på at de i hovedsak skal utføre oppgaver som krever deres kompetanse. I forbindelse med disse

ekstratjenestene kunne det likevel virke som at de faglærte aksepterte rolleavgrensningen for å beskytte sin egen profesjonalitet. De hadde trygghet på at de var flinke nok. De ufaglærte hadde ikke skapt dette skillet i samme grad. Kanskje var det slik at de ufaglærte ikke hadde tatt inn over seg en slik holdning i samme grad som de faglærte? En grunn til dette kan være at de ikke har samme mulighet for å sikre seg godvilje fra brukerne, fordi de ikke har faglige kvalifikasjoner. Det gjør det trolig viktigere å vise seg som omsorgsfull i denne gruppen.

## **De omsorgsfulle**

Det var likevel ikke slik at de faglærte kun gjorde det som var definert i oppdragene. De ansatte viste individuelt og i møte med hverandre at de hadde omsorg for den enkelte pasient. Ved et tilfelle ble en bruker tatt for butikktveri og forvist fra en butikk. De ansatte brukte mye tid på å diskutere hvordan de skulle løse dette problemet uten å bryte taushetsplikten. Ved et annet tilfelle kunne en hjelpepleier fortelle at hun hadde klippet håret til en dement bruker, fordi hun hadde litt ekstra tid. Dette handlet også om omsorg. Det som likevel skilte dette fra ekstratjenestene som handling, var at disse handlingene i større grad dreide seg om å gå inn og ta ansvar der livsverdigheten til pasientene var truet. Tjenestene fulgte en annen omsorgsretorikk. De grep inn og tok vare på mennesker fremfor at de var snille. Den situasjonelle verdighetsformidlingen var ikke like viktig i disse handlingene. Hjelperen Beate gjorde dette klart da hun fortalte meg om en mottaker:

Beate fortalte at de vanligvis ikke gjorde så mye hos folk som hos denne brukeren. Men han hadde så lite nettverk at de for eksempel måtte vaske klær og sånne ting. Hun fortalte at han hadde flere barn, men at de bodde langt unna og hadde lite kontakt med han.

Beate var sykepleier og hadde tydelig behov for å forklare hvorfor denne mottakeren fikk ekstra mye hjelp. Det kunne virke som at de ufaglærte hjelperne i større grad tok i bruk aktelsesregler, som for eksempel ekstratjenester, for å formidle verdighet til mottakerne. Det synes som at kombinasjonen av et ønske om å gjøre gode handlinger og usikkerhet rundt grensesetting, bidro til at dette skillet ble skapt. De faglærte viste i større grad en sikkerhet rundt hva som var deres oppgave. Både de faglærte og ufaglærte hadde samtidig mange like måter å forholde seg til brukerne på.

For eksempel tok hjelperne ofte i bruk presentasjonsritualer som berøring. De holdt ofte en hånd på armen og skulderen mens de snakket med pasienten. De tok hverandre sjelden i

hånden, men i møtets slutt skjedde det gjerne et klapp eller berøring av pasientens rygg eller arm. Slik formidlet de en nærhet til mottakerne. Under besøkene gjorde de gjerne små bevegelser, som jeg i størst grad så på som et ønske om å formidle seg selv som omsorgsfull. Et utdrag fra et feltnotat kan beskrive dette: *Han gikk inn på soverommet med prekestol<sup>19</sup>. Hun holdt hele tiden en hånd bak ham. Da han gikk over dørterskler, tok hun ham lett på ryggen (dette gjorde hun ikke da han gikk tilbake fra soverommet).*

Jeg forsto denne hånden som en måte å vise at hun var tilstede for han på. Mottakeren satt på kjøkkenet da vi kom, og kunne åpenbart bevege seg rundt alene. Det var derfor noe spesielt i å støtte noen som ikke trengte støtte. Dette kan også karakteriseres som en aktelseshandling. Hjelperen berørte han ikke mye, men nok til å vise at hun var der og ville støtte han dersom noe skulle oppstå. Samtidig kunne dette bidra til å bekrefte deres asymmetriske forhold, at hun tok vare på ham. Det syntes for meg som at dette også var en måte de ansatte kunne bekrefte et bilde av seg selv som omsorgsfull. Når brukerne for eksempel gikk fra badet til stuen, gikk hjelperen ofte bak og rettet på småting, som buksebeinet eller jakken. Slik formidlet de om seg selv at de var nøye og ikke ga seg, selv om brukeren hadde godkjent påkledningen.

Storvik finner at enkelte leger legger an en svært kameratslig tone med pasientene sine. Hun antar at et motiv kan være ”(...) behovet for å overbevise seg selv om at de var noe annet og mer enn bare vanlige leger” (1996: 269). Dette er hva Goffman (1961) har kalt rolledistanse. Legene distanserer seg fra den profesjonelle rollen, og vektlegger en annen status, som for eksempel likeverdig kamerat. Dette syntes også å gjelde hjelperne i hjemmesykepleien. Som nevnt i forrige kapittel var flere av de ansatte opptatt av å fortelle hva slags forhold pasientene hadde til *dem*. Det var viktig at pasientene så dem som noe mer enn en tilfeldig hjelper. Mens Storvik ser den kameratslige holdningen som en motsetning til den tradisjonelle legerollen, syntes ikke det ”å være noe mer” for brukerne å være den samme motsetning til hjelperrollen i hjemmesykepleien. Hjelperne formidlet omsorg som virket like sentral for dem som å gjøre en god jobb faglig sett. Vi kan likevel si at med den tendensen som har vært mot større oppdragsfokusering og mindre omsorgsutøvelse, vil hjelpernes holdning i større grad kunne betegnes som rolledistanse fremfor rollekrav.

---

<sup>19</sup> En type rullator, som også gir støtte til armene.

Til sammen viste dette at det også var i pleiernes egeninteresse å fremstå som omsorgsfulle hjelpere. De hadde imidlertid ulike meninger om hva dette innebar å gjøre for pasientene. Det var også gunstig å vise omsorg for pasientene, fordi det skapte bedre relasjoner til dem. Pasientene oppfattet hjelpernes interesse for dem, og så på det som en ytterligere verdighetsformidling. Maiken uttrykte om hjelperne: *”Jeg følte at de var glad for at de fikk hjulpet meg. Jeg vet jo at jeg ikke er den eneste som får det. Det virker ikke påtatt”*. Slik beskrev hun en opplevelse av at hjelperne også fremsto som autentiske overfor henne.

## **Tvetydig omsorg**

Pleierne var som sagt opptatt av at mottakerne skulle se ordentlige ut, og de lot til å se på det som en viktig del av sin hjelperrolle. Under et besøk stoppet en pleier påkledningen og gikk ut av badet for å finne noen klær som ”matchet” bedre. Mottakeren selv hadde ikke noe forhold til hvordan han skulle gå kledd. Dette beskriver også Houg om sykehjemmet. En kvinne der gikk i skjørt og bluse, selv om hun hjemme stort sett hadde gått i joggedress (1992: 76). Dette kunne være uttrykk for hjelperens forsøk på å opprettholde mottakerens livsverdighet og god opptreden utad. Samtidig ligger det, som tidligere nevnt, en paternalisme i å utføre omsorg. Det er en vanskelig balansegang mellom å ta vare på noen som selv ikke har behov for dette, samtidig som man skal formidle verdighet til dem.

Når jeg skulle være med på hjemmebesøk, pleide hjelperne å fortelle litt om personen vi skulle til. En av brukerne ble omtalt på samme måte av de ansatte. De startet med å si noe om at han var ukritisk til egen kropp og hygiene, og beskrev hvilke oppgaver han nå ikke kunne utføre selv. Det syntes derfor som at dette var samtaler de ansatte ofte hadde hatt seg imellom. Denne måten å snakke om han på, var knyttet til en tale om omsorg. De snakket om hvordan de måtte ta vare på han, og forklarte at han måtte ”beskyttes mot seg selv”. Før et besøk forklarte en at det var viktig å dekke han til under stell, selv om han ikke hadde behov for det. Dette var uttrykk for at pleierne var opptatt av mottakerens opptreden, og ønsket at han skulle fremstå best mulig, også overfor dem. Den gjensidige formidlingen av verdighet sier noe om det medmenneskelige ønsket om å ville beskytte andre for krenkelse.

Det virket samtidig som at pleierne ville ”lære” denne pasienten hvordan man skulle opptre i en stellsituasjon. Denne måten å forholde seg til pasienter på, har også vært tema i psykiatrien. John Crichton (1997: 37) problematiserer for eksempel personalets arbeid med å lære pasienter på psykiatriske sykehus ”vanlig” oppførsel. Det som er ekstra interessant i

hjemmesykepleien, er at denne atferden tilsynelatende kun gjaldt i forhold til personalet. Det var bare nødvendig å lære pasientene korrekt oppførsel dersom den skulle endres i forhold til dem. Det hadde tydelig ingen betydning for mottakeren, og trolig ikke hans omgivelser heller (da de trolig møtte han påkledd). Jeg begynte å spørre meg selv om hvorfor de ansatte var så opptatt av å beskytte mottakeren mot å blotte kroppen sin for dem. Senere fikk jeg vite av en ekstravakt at mange ansatte syntes det var ubehagelig å gå til han på grunn av hans mangel på bluferdighet. Han kunne ofte sitte naken da de kom, og viste ingen sjenanse. Under et besøk lå han naken i sengen og ba om å få tatt på seg strømpene først.

Som menneske forventer man en viss sammenheng mellom kulisser, ytre og manerer (Goffman 1992: 30). Når disse forventningene ikke fylles, må det derfor skapes en forklaring. Det er en uskreven norm for pleierne at pasienten skal beskyttes fra å være naken. Da de møtte en som ikke viste ubehag, måtte pleierne finne en forklaring. Dette tydeliggjorde at det også var for de ansattes del at pasientene skulle være tildekket. Eksempelet viste at allmenne skam- og bluferdighetsnormer i forhold til kroppen påvirket hjelperelasjonen. Pleierne formidlet verken til meg eller pasienten at de ønsket å unngå mer nakenhet enn nødvendig. De var i stor grad bundet til å ikke uttrykke ubehag under stell. Da mottakeren ba om å få på seg strømpene først, stilte hjelperen ingen spørsmålstegn ved det.

De ansattes holdninger overfor mottakeren syntes å handle om noe mer enn beskyttelse av hans verdighet. Pleierne måtte også ivareta egen verdighet i møtet med pasienten. Siden de følte seg så ukomfortable med hans mangel på bluferdighet, ble brudd på de seremonielle reglene for stell forklart med en kognitiv svikt. I stedet for å beskrive ubehaget de følte, snakket de om brukeren som uklar og ukritisk, og som måtte beskyttes fra seg selv. På den måten kunne det virke som at de rettet sin egen usikkerhet mot pasienten og ”sykeliggjorde” hans oppførsel. Solfrid Vatne (2003: 205ff) beskriver dette forholdet i psykiatrien. Når de ansatte opplever avvikende atferd hos pasientene, viser de samtidig til egen skamfølelse. For å skape kontroll, tar sykepleierne for eksempel i bruk en ikke-reflektert oppdragerrolle. Utsagnet i hjemmesykepleien om å ”beskytte” mottakeren syntes også å bære preg av en slik tilnærming.

Definisjonen av pasienten som syk foregikk utenfor møtet mellom pleier og ansatt. Under besøket forholdt de seg til han på samme måte som hos andre. Det lot likevel til at de fikk

beskyttet sin selvfølelse ved å ha karakterisert han på forhånd. Skau (1996: 50) beskriver hvordan profesjonelle gjerne kan skape diagnostiske kategorier på personlige sider hos klienter. Jeg mener ikke med dette å si at pleierne hadde laget en uriktig kategori på mottakeren og hans atferd, men det var interessant hvordan kategoriene ble brukt, og hvilken funksjon det fikk for de ansatte. Ved å kategorisere hans atferd som syk kunne pleierne unngå å forholde seg til hvilke følelser han gav dem, og projiserte det over på pasienten.

De ansatte brukte hverandre som støtte og meningsfelleskap i andre sammenhenger også. Rapporten ble gjerne brukt til å fortelle om episoder der de for eksempel hadde fått urimelige krav stilt til seg. En hjemmehjelper fortalte hvordan en bruker krevde at hun skulle vaske balkongen, selv om det pøsregnet ute. Denne holdningen kunne både virke krenkede og provoserende for den ansatte. Ved å snakke om det på rapporten, fikk hjemmehjelperen støtte for sin beslutning om å nekte, og fikk oppreisning for krenkelsen. Dette understreker også hvilken betydning kollegafellesskapet hadde for den enkeltes verdighetsfølelse. Et unntak for dette var når kritikken var personlig rettet. Som nevnt ble enkelte ansatte snakket til på en nedlatende og aggressiv måte. Denne kritikken ble ikke alltid nevnt på rapporten, trolig fordi den opplevdes mer skamfull for den enkelte.

## **Ignoranse**

Pasientenes kritikk viste at brukerne ikke alltid var like gode verdighetsformidlere til hjelperne. Mens mottakerne av hjemmesykepleie gjerne resignerte i forhold til pleierne, kunne pleierne til tider vise en type ignoranse i forhold til brukerne. Her er et utdrag fra Kari på hjemmebesøk hos Frederik:

Hun sa at hun skulle finne frem vaskevann. Hun sa at det var veldig kaldt og surt ute i dag.

Han lurte på hvem som skulle ta (rense) såret på foten hans i dag.

K: Det vet jeg ikke. Det kommer kanskje noen senere som skal gjøre det.

F: Ja, skal de få nøkkel av deg da?

K: Nei, det vet jeg ikke. Jeg har ikke hørt noe om det. Har du? (til meg. Jeg visste ikke). Jeg kan ta å ringe ned til kontoret og høre.

Hun gikk for å hente vaskevannet. Frederik fortalte meg at nå var det så mye rot med hjemmesykepleien. Situasjonen var nå helt fortvilet. Kari kom inn igjen. Hun fortsatte blidt å kommentere været.

Frederik var tydelig irritert på Kari og hjemmesykepleien generelt. Kari unnlot på sin side å registrere dette. Pleierens reaksjon, eller mangel på en, tyder også på en mangel på umiddelbarhet og autenticitet i samhandlingen. Det er noe kunstig i å ignorere kritiske kommentarer. Kari ville verken forsvare eller beklage seg. Storvik finner også dette i studiet

av leger. Enkelte beklaget seg ikke selv om de tydelig kunne klandres for enkelte forhold (1996: 134). Ved å ikke reagere på den andre uttrykker man at den andre ikke er likeverdig. Det kunne synes som at hjelperen ikke ville nedverdige seg til å ta imot denne kritikken. Skatvedt (2002: 38) beskriver at beboerne på avrusningsinstitusjonen kunne oppleve at ”de snakket til en vegg” når de snakket til de ansatte. Hvorfor valgte pleieren en så unnvikende holdning?

En forklaring kunne være at hun ikke så på brukeren som ”verdig” nok til å forsvare seg. Mottakeren ble igjen barnet som måtte godta den virkeligheten hjelperen presenterte. I dette tilfellet kunne det også være at Kari mente at kritikken ikke var rettet mot henne, men systemet, og at hun derfor ikke trengte å beklage seg. Kari ga imidlertid heller ingen respons på at Frederik var sint, noe som kunne vært lett å støtte han på da feilen ikke lå hos henne.

Forholdet mellom Kari og Frederik kunne karakteriseres som samhandling mellom fremmede. De hadde ikke noe annet forhold til hverandre utover at hun var hjelper og han mottaker. Goffman uttrykker at menneskets natur er impulsiv og preget av skiftende humør. ”Det sosiale jeg” krever at vi holder de svingningene i sjakk (1992:53). Dette ville være mer gjeldende i situasjoner der de som møtes ikke har nærgående kjennskap til hverandre, noe som her var tilfelle. Goffmans utsagn kan gi en forklaring til hjelpernes reaksjonsmåte. Hun var bundet til å oppføre seg sømmelig, og opplevde ikke at hun kunne vise egne følelser i situasjonen. Dette syntes spesielt tydelig i forhold til hjelperne, fordi de på mange måter hadde en sterk holdning mot å dele personlige sider ved seg selv. Umiddelbarheten ble bundet av profesjonaliteten, som gjorde det enda vanskeligere for dem å forsvare seg. Dette kunne igjen skape enda større frustrasjon hos Frederik, som ble avskåret fra å få respons på hva han hadde sagt.

Å forholde seg responsløst kan også være en måte den ansatte kan beskytte selvfølelsen sin på. Det kunne trolig oppleves krenkende for en hjelper å møte kritikk, og ignoranse blir en måte å ikke forholde seg til det på. Dette lot også til å være Mikael's strategi, da en mottaker irritert ba han om å ikke være så hektisk. Mikael responderte ikke på kommentaren. Hjelperne syntes også det var ubehagelig å få kritikk av mottakere, selv om det ikke var rettet mot dem personlig. Ofte ville hjelpere unngå å gi ”negative” beskjeder til mottakerne. Under et morgenmøte spurte tjenesterådgiveren en ansatt om han hadde problemer med å gi beskjed til

en mottaker at hun ikke kunne få hjelp til middag lenger. Dersom det var vanskelig for han, kunne han ta middagsbesøket den dagen, og så skulle tjenesterådgiveren ringe henne senere og gi henne beskjeden. Pleierne kunne på den måten beskyttes fra å være budbringer for ”systemet”. Å være en representant for noe hjelperne selv ikke hadde kontroll over, kunne også oppleves vanskelig.

I møte med brukerne ble pleierne nødt til å forholde seg til den andres reaksjoner, men eksempelet med Kari og Frederik viste at de også kunne beskytte seg selv ved å ignorere brukerens utsagn. Solfrid Vatne beskriver hjelpere som opplever skamfølelse dersom de ble avskåret fra det de ønsket å formidle til brukeren. Hun sier blant annet: *”Å oppleve seg urettferdig behandlet av pasienten når en tilbød omsorg, er eksempel på en følelse av uverdighet”* (Vatne 2003: 207). Kari fortalte meg etter besøket at hun ikke likte å gå til Frederik, fordi han ofte kritiserte henne og sa at hun ikke klarte noen ting. Hun unnlot dermed ikke å føle på krenkelsen for sin egen del, men forsøkte å dekke over kritikken. En grunn til dette kunne også være at Kari skulle være i Frederiks hjem en stund, og trolig skulle hun tilbake dit andre dager også. Dersom hun sa ifra, kunne hun skape en situasjon som kunne påvirke senere besøk. Denne situasjonen førte til at Karis selvfølelse ble krenket. Andre ansatte lot til å ignorere at det hadde foregått en krenkelse av dem, også overfor meg. I tilfellet der Christian spurte om hjelperen var ”diktator” og ”overlegen”, ble dette ledd bort etter besøket. Denne måten å reagere på viser hvordan hjelperne tok i bruk strategier for å beskytte seg mot krenkelser fra brukerne.

## ***Oppsummering***

I dette kapittelet har jeg sett på individuelle verdighetsstrategier som ble tatt i bruk i hjemmesykepleiens møter. Strategiene beskriver ulike måter å ta i bruk sine ressurser på. Den ene måten var å ta i bruk den første ressursen, å beskytte og styrke egen selvfølelse, og den andre var å ta i bruk den andre ressursen og dermed overse egne behov og selvfølelse til fordel for den andre part.

Under ”pasientenes verdighetsstrategier” har jeg sett på hvilke holdninger pasientene viste i forhold til hjelpen og hjelperne. Jeg fant at å bli underlagt en tjeneste som hjemmesykepleien, kan skape reaksjoner lignende de i institusjonene. Enkelte hadde et svært positivt syn på



tjenesten og de ansatte, og ønsket å gjøre det best mulig for dem. Andre igjen forholdt seg mer distansert til helperne. De så på helperne som serviceytere fremfor omsorgsgivere, noe som gjorde at tanken om hjemmesykepleien som kontrollerende institusjon ble stående noe svakere. Pasientenes resignasjon kunne til dels betegnes som psykologiske forsvarsmekanismer. Det kunne være en måte å fjerne seg mentalt fra situasjonen og ubehagelighetene ved å få hjelp. Samtidig så også de ansatte ut til å bringe frem denne reaksjonen hos pasientene, på grunn av deres offensive helperholdning.

Da jeg til slutt redegjorde for de ansattes verdighetsstrategier, vektla jeg at også de måtte ta i bruk strategier for å styrke og beskytte sin selvfølelse. Jeg viste også hvordan ulike strategier kom i konflikt med hverandre, fordi ønsket om å være noe for andre ikke alltid kunne forenes med å beskytte seg selv. Selvbeskyttelse, som ignoranse, skapte også en passivitet som heller ikke fungerte verdighetsskapende for den ansatte. Samtidig hadde pleierne en fordel i at de var et kollegafelleskap, fordi de kunne styrke hverandres selvfølelse når de følte seg krenket i møte med brukerne.

## 7. Avslutning

I dette kapittelet vil jeg oppsummere og sammenligne tolkninger som er gjort i oppgaven. Jeg vil også gi eksempler på temaer som har kommet opp under prosessen, og som kan være interessant å forske videre på. Til slutt vil jeg gi en vurdering av hvilke bruksområder oppgaven kan tenkes å ha.

### **Verdighetsstrategier versus verdighetsformidling?**

Å jobbe for egen verdighet er vanskelig, spesielt når flere faktorer truer den til stadighet. I denne oppgaven har jeg vist hvordan både hjelper og mottaker takler disse utfordringene. I utgangspunktet tenkte jeg verdighetsstrategier som motsetninger til verdighetsformidling. Jeg syntes å se flere eksempler på hvordan beskyttelsen av sin egen selvfølelse gikk på bekostning av den andre part. For eksempel var aggressive holdninger fra pasientene måter å styrke seg selv som innebar krenkelse av den andre.

Etter hvert kom imidlertid flere verdighetsstrategier til syne, som syntes å henge sammen med forsøk på å skape en verdig samhandling. Det viste seg i pleiernes ønske om å være snille og pasientenes takknemlighet for hjelpen de fikk. Noen ganger syntes partene å la den andres verdighet gå på bekostning av egen, slik at samhandlingen likevel ikke kunne defineres som verdighetsskapende for begge. Det viste seg for eksempel da hjelperne ikke forsvarte seg mot mottakerens kritikk. Selv om strategiene viser en ujevn bruk av samhandlingsressursene, kunne strategibruk også være kompensasjon for en asymmetri i forholdet. Når de ansatte for eksempel "ofret" seg for pasientene, kunne dette være et forsøk på å skape et mer balansert forhold mellom dem. Det betyr at strategiene på ulike måter står som en forutsetning for, og samtidig som en trussel mot formidling av gjensidig verdighet.

### **Samhandling og verdighet i Goffmans perspektiv**

Et utgangspunkt for oppgaven har vært at aktører bruker ritualer for å skape gjensidig verdighet, noe Goffman har vært spesielt opptatt av. Jeg har hevdet at aktører er bærere av bestemte ressurser som muliggjør formidling og opplevelse av verdighet. Disse er knyttet til den enkeltes selvfølelse og følelser overfor andre. Hvordan disse ressursene ble brukt, viste seg imidlertid å variere mellom personer og situasjoner.

Goffman har beskrevet hvordan regler for samhandling skifter ettersom situasjonen endrer seg. Dette viste seg også i møtene i hjemmesykepleien. Hjelper og mottaker søkte å vise hverandre verdighet, men måten de gjorde det på varierte med rammene de hadde å forholde seg til. Det syntes også å eksistere en usikkerhet rundt hvordan de skulle formidle verdighet til hverandre. Utsagn som i enkelte situasjoner virket som verdighetsformidlinger, kunne i andre situasjoner fungere som krenkelser. I noen sammenhenger var det vesentlig å uttrykke nærhet og vennskap til den andre, mens andre ganger, for eksempel under stell, var det sentralt å holde på en distanse. Partene måtte være gode situasjonstolkere, samtidig som de aktivt måtte definere hvilken ramme som skulle gjelde. Hjelperne måtte til tider bryte med pasientenes situasjonsdefinisjoner for å få gjennomført oppdraget sitt. I disse tilfellene kom verdighetsformidlingen i konflikt med hjelpernes oppdrag.

Uklarhetene rundt hvordan situasjonene skulle defineres, kan knyttes til hjemmesykepleiens plassering i grenselandet mellom institusjon og privatsfære. I Goffmans beskrivelse av anstalten er de innlagte eller innsatte fullstendig begrenset av institusjonen og personalets kontroll. Hjemmesykepleien innebærer både kontroll av mottakere, og økte muligheter for frihet. Det var tydelig at både hjelperne og mottakerne stort sett prøvde å formidle verdighet, selv i situasjoner med et stort krenkelsespotensiale. For eksempel ble en institusjonell begrensning som tidspresset tatt i bruk av pleierne for å formidle verdighet. De viste at de *tok seg tid* til pasientene. Goffman poengterer at verdighetsformidling blir vanskelig når de seremonielle reglene ikke er institusjonalisert (Goffman 1967a: 91). Motsetningene i å være pleier i andres hjem, og det å skulle formidle både nærhet og distanse, gjorde det vanskelig for partene å skape faste mønstre for verdighetsformidling i samhandlingen.

Goffman (1967b) ser på institusjoner som krenkende for enkeltindividet, noe Houg (1992) ser på sykehjemmet og Lillestø (1998) hjemmesykepleien. Alle tre ser på hvilke strategier de institusjonaliserte aktørene tar i bruk for å opprettholde egen verdighet. Jeg brukte oppgavens andre analysedel for å se på slike verdighetsstrategier. Brukerne jeg besøkte i hjemmesykepleien kunne for eksempel påta seg roller som fullverdig syke, eller de kunne resignere fra å forholde seg til egen tilstand. Pasientenes strategier syntes å bære preg av reaksjoner på institusjonalisering. Hjemmesykepleien var imidlertid også noe annet enn institusjoner, og ga andre muligheter for samhandling. For eksempel hadde mottakerne større muligheter til å forhandle om hva som skulle skje under besøkene.

Jeg utvidet begrepet om verdighetsstrategier til også å gjelde handlinger med hensikt å beskytte den andres verdighet. For eksempel valgte pleierne enkelte ganger å overse egne behov eller ønsker for at pasientene skulle oppleve verdighet. Verdighetsstrategiene kunne således være måter å forholde seg til behov for beskytte av egen eller andres selvfølelse, enten for å unngå krenkelse, eller for å få til en vellykket verdighetsformidling.

Utfordringer på samhandlingsnivå er imidlertid noe alle opplever, ikke bare de som begrenses av institusjoner. De ansatte hadde også en selvfølelse å beskytte og verdighet å formidle. De møtte stadig konflikter mellom å sette grenser for brukeren eller strekke seg lenger enn de egentlig ville eller burde (i forhold til oppdraget). Goffmans beskrivelse av tilpasningsstrategier ble dermed en inspirasjon til å se på bruk av strategier som et generelt fenomen hos individer i samhandling.

Denne oppgaven har i stor grad fulgt Goffmans teori og analytiske begreper for å drøfte samhandling og verdighet i hjemmesykepleien. Det største skillet har vært at jeg har valgt å tydeliggjøre den enkelte aktørs ressurser og selvfølelse i større grad enn det Goffman har gjort. Dette har nok hatt størst teoretisk betydning fremfor analytisk. Goffmans begreper viste seg å være svært nyttige da jeg skulle analysere samhandlingssituasjonene. Jeg opplevde imidlertid at aktørene viste mer av "seg selv" i samhandlingene enn det jeg kunne forklare ut fra Goffmans teori. Hjelper og mottaker investerte mye følelser i forholdet til hverandre, og jeg ville derfor vektlegge at situasjonene også hadde betydning for aktørene utover det korte tidsrommet de var sammen. Dette ble spesielt viktig da enkelte mottakers møte med hjemmesykepleien var av de få sosiale kontaktpunktene de hadde. Redegjørelsen for aktørers ressurser og selvfølelse forklarer ikke bare aktørenes tilbøyelighet til å formidle verdighet, det forklarer aktørenes ønske og vilje om å gjøre det.

### **Fremtidig forskning**

Arbeidet med dette prosjektet har gitt ideer til videre forskning på temaet verdighet og feltet hjemmesykepleie. Brukerne i hjemmesykepleien så i stor grad på sykehjemmet som en trussel, som kun ville bli virkeliggjort dersom de var helt ute av stand til å klare seg på egenhånd. I den sammenheng kunne det vært interessant med en sammenlignende studie av hjemmesykepleien og sykehjem. Hva består egentlig forskjellene i, og hvordan ser mottakerne på forskjellen mellom sykehjem og hjemmesykepleie? Det kan også være interessant å gjøre

en longitudinell undersøkelse av mottakere av hjemmesykepleie. Hvordan utvikler samhandlingen og innstillingen til hjemmesykepleien seg?

Hvordan man formidler verdighet kunne også vært studert i andre sammenhenger enn i hjemmesykepleien. Verdighet og krenkelse handler her om hvordan mennesker samhandler, og beskrivelser av hvordan dette foregår i andre sammenhenger, som for eksempel i skolen, barnevernet eller på sosialkontoret, kan trolig gi fruktbare innblikk i debatten om verdighet og krenkelse.

### **Hva kan oppgaven brukes til?**

Under arbeidet med en oppgave er det en fare for at man mistolker og blåser opp temaer som oppleves uviktig for informantene. Er det greit å bruke informantene kun som midler til å belyse noe jeg synes er spennende? Svaret mitt er nei. Jeg har hatt et ønske om å belyse et sosiologisk interessant fenomen, men på bakgrunn av at vi som mennesker, og spesielt ansatte i helse- og omsorgssektoren, bør være opptatt av dette. Mens jeg har skrevet oppgaven, har jeg diskutert funn og problemstillinger med ansatte i hjemmesykepleien. Flere har kjent seg igjen på ulike måter, og jeg har tatt det som et signal om at oppgaven har betydning for dem.

Som beskrevet tidligere, har det vært mye oppmerksomhet rettet mot det uverdige, med tanke på pleiemottakeres livsverdighet. Krenkelse av livsverdigheten er mer synlig og lett å bevise. Krenkelse av den andres verdighet gjennom samhandling er ofte subjektivt følt, og vanskelig å bevise. I tilfellene der mottakere av pleie er reduserte til å være opptatt av sin egen livsverdighet, er det en ytterligere utfordring å skape en verdig samhandling. En mottaker som får tørr bleie og rene klær, trenger ikke nødvendigvis oppleve en styrking av selvfølelsen. Jeg ønsker at oppgaven kan gi virkelighetsnære og teoretisk interessante bidrag til diskusjonen om verdighet og krenkelse, og mener at tolkninger av samhandlingssituasjonene kan gi innsikter i pleier/pasient-forhold i andre sammenhenger.

Jeg har prøvd å ikke gjøre noen av partene urett ved å se på hvilke utfordringer partene sto overfor i møte med hverandre. Jeg har ikke diskutert maktperspektivet eksplisitt, men har heller ikke unnlatt å beskrive kritiske momenter og krenkende atferd, verken hos personalet eller hjelpemottakerne. Det har vært viktig å rette oppmerksomhet mot at dette er en problematikk som ikke kan *løses*, og at utfordringer på samhandlingsnivå takles på ulike måter.

Som nevnt i innledningen, hevder Svensson (1998: 137) at sosiologien ikke i tilfredsstillende grad har klart å utvikle en ny og mer aktiv pasientrolle. Denne oppgaven åpner for større muligheter for dette. Hjemmesykepleien krever på mange måter en aktiv mottaker, og det er lettere å se pasientene her på den måten. I denne oppgaven fremstår pasientene som ydmyke og takknemlige, men også med kritiske holdninger, og med kapasitet til både å krenke og formidle verdighet til hjelperne. Jeg mener at mine beskrivelser av relasjonen mellom hjelper og mottaker, er noe som også vil være mulig å finne i andre sammenhenger enn i hjemmesykepleien.

Utgangspunktet for denne oppgaven har ikke vært å påvirke politiske beslutninger. Samtidig har mitt helsepolitiske engasjement økt gjennom arbeidet med oppgaven. Feltarbeidet og lesing av litteratur har gitt meg innblikk i denne sektoren på en helt annen måte. I oppgaven har jeg vist at verdighetsformidlingen tar mange former, og at relasjonene og behovene er svært ulike fra mottaker til mottaker. Den politiske retningen har gått mot å se på mottakere av hjemmesykepleie som brukere av en tjeneste, fremfor mottakere av pleie og omsorg. ”Oppdragene” refererer til rigide standarder for tjenestene. Jeg mener at denne studien av hjelperelasjonen kan gi en viktig bakgrunn for forståelse av hjemmetjenestenes særegne utforming og utfordringer. Møtene i hjemmesykepleien rommer mer enn standardiserte oppdrag. Et ønske er derfor at beslutninger om organisering av hjemmesykepleien bør utvikles på grunnlag av denne type kunnskap. Dette er viktig i en sektor der størstedelen av kontakten foregår i private hjem og således er skjermet for innsyn utenfra. Spesielt viktig blir dette i forhold til de demente, som i liten grad har mulighet til å uttrykke egne tanker og opplevelser.

## Referanseliste

Album, Dag 1985: "På andre kjenner man seg selv – eller hvordan man lærer å bli infarktpasient". I: *Tidsskrift for samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget. s. 92-117.

Album, Dag 1994: "Innholdsløs meningsfull prat" I: *Sosiologisk tidsskrift*. Årg. 2: 89-108.

Album, Dag 1995: "Hvordan går det med Goffman og Garfinkel? Teorier om samhandling ansikt til ansikt". I: *Sosiologisk tidsskrift*. No 4. 1995.

Album, Dag 1996: *Nære fremmede – pasientkulturen i sykehus*. Oslo: Tano.

Alver, Bente Gullveig og Ørjar Øyen 1997: *Forskningsetikk i forskerhverdag*. Oslo: Tano.

Asplund, Johan 1987: *Det sociala livets elementära former*. Göteborg: Korpen.

Bourdieu, Pierre 1990: *The Logic of Practice*. Oxford: Polity Press.

Cameron, Anders Prydz 2004: *Mellom læring og verdighet: Møter mellom legestudenter og pasienter på sykehus..* Masteroppgave i sosiologi, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo.

Crichton, John 1997: "The Response of Nursing Staff to Psychiatric Inpatient Misdemeanor" I: *The Journal of Forensic Psychiatry*. Vol 8, No 1. Routledge: 1997. s.36-61.

Collins, Randall 1988: *Theoretical sociology*. San Diego: Harcourt Brace & Company.

Dahle, Rannveig 2001: " Kan skiten akademiseres?". I: Dahle, Rannveig, Kirsten Thorsen og Mia Vabø 2001: *Makt og avmakt i helse- og omsorgstjenestene*. Oslo: NOVA- rapport 18/01.

Daatland, Svein Olav 1984. "Holdninger til hjelp og hjelpere. Endringer i løpet av 1970-årene". I: *Gerontologisk magasin* nr. 3. 1984.

Edwards, Carol, Sophie Stanizweska og Nicola Crichton 2004: "Investigations of the way in which Patients' Reports of their Satisfaction with Healthcare are Constructed" I: *Sociology of Health and Illness*. Vol. 26. Nr. 2, 2004. s 159-183.

Ellefsen, Bodil 1986: *Andres hjem – vår arbeidsplass*. Hovedoppgave i sosiologi, Universitetet i Oslo.

Ellefsen, Bodil og Tor Inge Romøren 1988: *Betalt for å hjelpe*. Oslo: Tano.

Emerson 1972: "Behavior in Private Places: Sustaining Definitions of Reality in Gynecological Examinations". I Dreitzel: *Recent Sociology*. nr 2, New York<sup>20</sup>.

Fog, Jette 1994: *Med samtalen som udgangspunkt*. København: Akademisk forlag.

Freidson, Eliot (red) 1963: *The Hospital in Modern Society*. New York: The Free Press of Glencoe.

Fridhov, Inger Marie 1997: "Fanger og fengsel". I: Finstad, Liv og Cecilie Høigård (red): *Kriminologi*. Oslo: Pax.

Glaser, Barney G og Anselm L. Strauss 1965: *Awareness of dying*. New York: Aldine.

Glaser, Barney G og Anselm L. Strauss 1967: *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.

Goffman, Erving 1961: "Role Distance" I: *Encounters. Two studies in the sociology of interaction* 1961. Indianapolis, N.Y: Bobbs- Merrill.

Goffman, Erving 1963: *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Hammondsworth: Penguin.

---

<sup>20</sup> Denne artikkelen finnes ikke i Norge. Referansen er hentet fra Storvik (1996)



Goffman, Erving 1967a: «The Nature of Deference and Demeanor». I: *Interaction ritual. Essays on face to face behaviour*. New York: Pantheon Books.

Goffman, Erving 1967b: *Anstalt og menneske: Den totale institution socialt set*. København: Paludan.

Goffman, Erving 1971: *The Presentation of Self in Everyday Life* : Harmondsworth: Penguin Books.

Goffman, Erving 1974: *Frame Analysis*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.

Goffman, Erving 1983: "The Interaction Order". I: *American Sociological Review*, 1983, vol. 48: 1-17.

Goffman, Erving 1989: "On fieldwork". I: *Journal of Contemporary Ethnography*, 1989. Vol. 18. nr 2. s.123-133.

Goffman, Erving 1992: *Vårt rollespill til daglig*. Oslo: Pax.

Goffman, Erving 2004: *Social samhandling og mikrosociologi*. København: Hans Reitzels forlag.

Hammersley, Martyn og Paul Atkinson 1996: *Feltmetodikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Hegerstrøm, Turid 2002: *Om relasjoner i hjemmetjenestene*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hofseth, Christina og Reidun Norvoll 2003: *Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer*. Unimed helsetjenesteforskning. Oslo: SINTEF.

Houg, Tonje 1992: *Med Goffman på sykehjem*. Hovedfagsoppgave i sosiologi, institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo.

Ingebretsen, Reidun og Per Erik Solem 1991: *Aldring og Omsorg*. Oslo: Cappelen.

Isaksen, Lise Widding 1994: *Den tabubelagte kroppen: Kropp, kjønn og tabuer i dagens omsorgsarbeid*. Bergen: Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen.

Isaksen, Lise Widding (red) 2003. *Omsorgens pris: Kjønn, makt og marked i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Jacobsen, Michael Hviid og Søren Kristiansen (red) 2004: "Forord" I: Goffman, Erving 2004: *Social samhandling og mikrosociologi*. København: Hans Reitzels forlag.

Kalleberg, Ragnvald " Forskningsopplegget og samfunnsforskningens dobbeltdialog" i Holter, Harriet og Ragnvald Kalleberg (red) 1996: *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kvamme, Eli 2002: *Ærefullt arbeid og hellig trøtthet*. Hovedoppgave i Sosiologi, institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo.

Lillestø, Britt: *Når omsorgen oppleves krenkende*. NF- rapport nr.22/98. Avhandling for dr.politgraden. Institutt for samfunnsvitenskap, Universitetet i Tromsø.

Lofland og Lofland 1995: *Analyzing Social Settings*. Belmont, Calif.: Wadsworth.

Lysgaard, Sverre 1961. *Arbeiderkollektivet: en studie i de underordnedes sosiologi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Løchen, Yngvar 1965: *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus: en sosiologisk fortolkning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Midré, Georges 1971: *Eldres levevilkår i en norsk utkantkommune*. Hovedoppgave i sosiologi. Institutt for sosiologi, Universitetet i Oslo.

Nordhus, Inger Hilde, Kari Wærness, og Lise Widding Isaksen 1986: *De fleste gamle er kvinner*. Oslo: Universitetsforlaget.

Oslo kommunes webside om hjemmesykepleie

<http://www.oslo.kommune.no/category.php?categoryID=15226>

Lesedato: 14.09.2005.

Ramsøy, Natalie Rogoff og Lise Kjølørød: "Velferdsstatens yrker" 1986. I: Alldén, Lars (red): *Det norske samfunn*. Oslo: Gyldendal.

Rasmussen, Bente 2000: "Hjemmesykepleien som grådig institusjon. Makt og avmakt i desentraliserte organisasjoner". I *Tidsskrift for samfunnsforskning*, Oslo. Bind 41, nr. 1.

Seligman, Martin, E.P. 1975: *Helplessness: On depression, development and death*: San Fransisco: Freeman.

Skau, Greta Marie 1996: *Mellom makt og hjelp*. Oslo: Tano.

Skatvedt, Astrid 2002: *Fortellinger om kjærlighet*. Skien: Borgestadklinikken, Blå kors forlag.

Skjervheim 1992: «Eit grunnproblem i pedagogisk filosofi» I: *Pedagogisk filosofi*. Dale, Erling Lars (Red). Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Skjervheim, Hans 1996: *Deltakar og tilskodar*. Oslo: Aschehoug.

Silverman, David 2001: *Interpreting Qualitative Data*. London: SAGE publications Ltd.

Sosial og helsedepartementet: St.mld 35 1995: *Velferdsmeldingen*.

Statistisk sentralbyrå 2002 (internett): Helsestatistikk 1992-2000.

[http://www.ssb.no/emner/03/00/nos\\_helsestat/nos\\_c705/tab/6.2.html](http://www.ssb.no/emner/03/00/nos_helsestat/nos_c705/tab/6.2.html)

(Lesedato: 07.12.04).

Statistisk sentralbyrå 2001 (internett): Pleie- og omsorgsstatistikk 1994-2000.

[http://www.ssb.no/emner/03/03/20/nos\\_pleie/nos\\_c696.pdf](http://www.ssb.no/emner/03/03/20/nos_pleie/nos_c696.pdf)

(Lesedato: 14.12.04).

Storvik, Aagoth Elise 1996: *Skikk og bruk på legekontoet*. Avhandling til Dr.polit-graden. Institutt for sosiologi, Universitetet i Oslo.

Svensson, Roland 1998: *Samfunn, medisin, sykepleie*. Oslo: Gyldendal.

Swartling, Jan-Axel 1989. *Vad är du för en? Om kroppens politik*. Stockholm: Akademeja..

Tannen, Deborah 1992: *Det er ikke det jeg sier*. Oslo: Cappelen.

Thagaard, Tove 1998: *Systematikk og innlevelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Thorsen, Kirsten 2001: "Et kjønnsperspektiv på makt og avmakt hos tjenestemottakerne". I: Dahle, Rannveig, Kirsten Thorsen og Mia Vabø 2001: *Makt og avmakt i helse- og omsorgstjenestene*. Oslo: NOVA- rapport 18/01.

Thorsen, Kirsten, Rannveig Dahle og Mia Vabø 2001: *Makt og avmakt i helse- og omsorgstjenestene*. Oslo: NOVA- rapport 18/01.

Thing, Lone Friis 2005: "Kroppens unævnelige emotioner". I: sosiologisk tidsskrift. Årgang 13 nr. 1. 2005. s. 7-27.

Vabø, Mia 1998: *Hva er nok? Om behovsfortolkninger i hjemmetjenesten*. Oslo: Nova-rapport 8/98.

Vabø, Mia 2001: "Forbrukermakt – en kilde til bedre omsorgstjenester?". I: Dahle, Rannveig, Kirsten Thorsen og Mia Vabø 2001: *Makt og avmakt i helse- og omsorgstjenestene*. Oslo: NOVA- rapport 18/01.

Vatne, Solfrid 2003: *Korrigere og anerkjenne – sykepleieres rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingspost*. Avhandling for dr.polit-graden. Det samfunnsvitenskapelige fakultet, institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo.

Wadel, Cato 1991: *Feltarbeid i egen kultur*. Flekkefjord: Seek A/S.

Widerberg, Karin 2001: *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget.

Wærness, Kari 1982: «Sosialpolitisk forskning, kvinner og omsorg» I: *Sosiologi i dag*. Nr.1, s.3-28.

Wærness, Kari og Kirsten Thorsen (red) 1999: *Blir omsorgen borte?* Oslo: Ad notam Gyldendal.

Wærness, Kari (red) 2000: *Hvem er hjemme?* Bergen: Fagbokforlaget.

### **Avisartikler:**

Adresseavisen 29.1.2002: "Tusener protesterer mot uverdigg omsorg".

Aftenposten 26.2.2006: "Livets siste sårbare fase". Lederartikkel ved Hans Erik Matre.

Aftenposten 20.1.2005: "Eldreomsorg- nok en gang". Debattinnlegg ved Gro. B. Torgersen.

Kilde på internett: <http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/article1182588.ece>

Aftenposten (aften) 12.6.2005: "Stoppeklokke i eldreomsorgen?".

Dagbladet 17.8.2005: "Rehabilitering ble et mareritt. Fikk verken dusj eller tannpuss på to uker".

Fædrelandsvennen 17.19.2005: "Omsorg med stoppeklokke".

Morgenbladet 13-19.1.2006. nr. 2. "Catch 88". s. 9.

VG 11.3.2003: "Uverdig".

Alle kilder i denne oppgaven er oppgitt

Antall ord i oppgaven: 39 448 (24.3.2006)

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Godkjenning fra REK



**UNIVERSITETET I OSLO**  
DET MEDISINSKE FAKULTET

Forsker, cand.sociol. Reidun Norvoll  
SINTEF Helse  
Forskningsveien 1  
Postboks 124  
Blindern  
0314 Oslo

**Dato:** 06.05.2005  
**Deres ref.:**  
**Vår ref.:** S-05102

**Regional komité for medisinsk forskningsetikk**  
**Sør- Norge (REK Sør)**  
Postboks 1130 Blindern  
NO-0318 Oslo

Telefon: 228 44 666  
Telefaks: 228 44 661  
E-post: [rek-2@medisin.uio.no](mailto:rek-2@medisin.uio.no)  
Nettadresse: [www.etikkom.no](http://www.etikkom.no)

### S-05102 Relasjoner i hjemmesykepleien

Vi takker for e-post av 26.04.05 med vedlegg: revidert informasjonsskriv og samtykkeerklæring.

Komiteen tar svar på merknader til etterretning.

Prosjektleder ber om komiteen syn på bruk av båndopptager. Komiteen har ingen motforestillinger, men dato for sletting må da oppgis i informasjonsskrivet.

Informasjonsskrivet bør revideres, for eksempel ”dersom det skulle vise seg at du ikke ønsker å være med i prosjektet likevel...” kan erstattes med at kan man trekke seg underveis uten å måtte oppgi grunn.

Komiteen er usikker på hva som menes med ”Jeg har underskrevet taushetsplikt ved hjemmesykepleien på vanlig måte”, taushetsplikt er oftest brukt som en juridisk term, menes det at student har underskrevet taushetserklæring? ”... på vanlig måte” bør strykes da forsøksperson ikke nødvendigvis har forutsetninger til å vite hva som er standard praksis.

Stemmer det at undersøkelsen er anonym, eller er den aidentifisert ved at prosjektleder har kodenøkkel som kan koble data til identitet. Spesielt dersom lydbånd brukes ser det ikke ut til å stemme at undersøkelsen kan være anonym. Derimot kan det være riktig at data vil bli anonymisert ved publisering. Komiteen stusser også over at ”sitater og personlige beskrivelser vil bli anonymisert”.

Samtykkedelen bør ha overskrift Samtykkeerklæring.

Under den forutsetning at prosjektleder tar hensyn til merknadene ovenfor, tilrår komiteen at prosjektet gjennomføres. Revidert informasjonsskriv og samtykkeerklæring sendes komiteen til orientering.

Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Med vennlig hilsen

Sigurd Nitter-Hauge (sign)  
Professor dr.med.  
Leder

Tone Haug  
Rådgiver  
Sekretær



## Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Hans Holmboes gate 22  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47/ 55 58 21 17  
Fax: +47/ 55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Dag Album  
Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1096 Blindern  
0317 OSLO

Vår dato: 08.06.2005

Vår ref: 200500887 GT /RH

Deres dato:

Deres ref:

### KVITTERING FRA PERSONVERNOMBUDET

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 11.05.2005. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 08.06.2005. Meldingen gjelder prosjektet:

12775	<i>Relasjoner i hjemmezykleleien</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Dag Album</i>
Student	<i>Ragnbild Lørø</i>

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS er utpekt som personvernombud av Universitetet i Oslo, jf. personopplysningsforskriften § 7-12. Ordningen innebærer at meldeplikten til Datatilsynet er erstattet av meldeplikt til personvernombudet.

#### Personvernombudets vurdering

Etter gjennomgang av meldeskjema og dokumentasjon finner personvernombudet at behandlingen av personopplysningene vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Dette betyr at behandlingen av personopplysningene vil være unntatt fra konsesjonsplikt etter personopplysningsloven § 33 første ledd, men underlagt meldeplikt etter personopplysningsloven § 31 første ledd, jf. personopplysningsforskriften § 7-20.

Unntak fra konsesjonsplikten etter § 7-27 gjelder bare dersom vilkårene i punktene a) – e) alle er oppfylt:

- førstegangskontakt opprettes på grunnlag av offentlig tilgjengelige registre eller gjennom en faglig ansvarlig person ved virksomheten der respondenten er registrert,
- respondenten, eller dennes verge dersom vedkommende er umyndig, har samtykket i alle deler av undersøkelsen,
- prosjektet skal avsluttes på et tidspunkt som er fastsatt før prosjektet settes i gang,
- det innsamlede materialet anonymiseres eller slettes ved prosjektavslutning,
- prosjektet ikke gjør bruk av elektronisk sammenstilling av personregistre.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i vedlegget.

Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47/ 22 85 52 11. nsd@uio.no  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47/ 73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47/ 77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

### Ny melding

Det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de punktene som ligger til grunn for personvernombudets vurdering.

Selv om det ikke skjer endringer i behandlingsopplegget, skal det gis ny melding tre år etter at forrige melding ble gitt dersom prosjektet fortsatt pågår.

Ny melding skal skje skriftlig til personvernombudet.

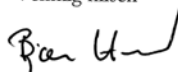
### Offentlig register

Personvernombudet har lagt ut meldingen i et offentlig register, [www.nsd.uib.no/personvern/register/](http://www.nsd.uib.no/personvern/register/)

### Ny kontakt

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.03.2006, rette en henvendelse angående status for prosjektet.

Vennlig hilsen

  
for Vigdis Kvalheim

  
Geir Teigland

Kontaktperson: Geir Teigland tlf: 55582117

Vedlegg: Personvernombudets vurdering

Kopi: Ragnhild Lero

Rasmus Winderensvei 30  
0373 OSLO

## **Vedlegg 3: Informasjonsbrev og samtykkeerklæring til ansatte**

*Masteroppgave i Sosiologi ved Universitetet i Oslo*

### **Forespørsel til ansatt om deltakelse i prosjekt om hjemmesykepleien**

Jeg studerer sosiologi ved Universitetet i Oslo, og skriver i år på min masteroppgave. Det innebærer at jeg skal gjennomføre et prosjekt som jeg har valgt å kalle «Relasjoner i hjemmesykepleien». Hjemmesykepleien står i en særegen posisjon i forhold til at pleie skjer i den enkeltes hjem, og at relasjonene gjerne er langvarige. Derfor ønsker jeg å være med ansatte på besøk til mottakere og studere hvordan disse møtene foregår.

Etter kraftig ekspandering av hjemmebaserte tjenester har det vært gjort mye forskning på dette området. Likevel synes fokuset å ha ligget på organisering og tjenesteutforming, fremfor å beskrive hvordan hjemmesykepleien foregår for de som daglig utfører arbeidet og mottar hjelp. Undersøkelser av hjelperelasjonen kan gi en viktig bakgrunn for forståelse av hjemmetjenestenes særegne utforming og utfordringer.

Jeg har ingen formell tilknytning til arbeidsplassen annet enn godkjenning til å være tilstede.

Mitt spørsmål til deg er om du kunne tenke deg å delta på dette prosjektet? Helt praktisk betyr det at jeg blir med deg på et eller flere besøk til mottakere av hjemmesykepleie i løpet av en eller flere dager hos hjelpemottakere som har samtykket til dette.

Jeg ønsker at du introduserer prosjektet til hjelpemottakeren og spør om hun/han ønsker å delta. Det er viktig at brukeren får tid til å tenke over om han/hun ønsker dette, og jeg vil ikke bli med på hjemmebesøk før minimum 24 timer senere.

Dersom responsen er positiv fra brukeren, vil jeg bli med på hjemmebesøk for å introdusere meg og observere. Observasjonen vil foregå slik at jeg er tilstede under besøket fra hjemmesykepleien. Etter at jeg har introdusert meg vil jeg trekke meg mer tilbake for å se hva som foregår, men er åpen for spørsmål og samtale. Det er viktig for meg å ikke virke forstyrrende i arbeidet ditt, og at du ikke føler deg ukomfortabel. Derfor ønsker jeg at vi sammen blir enige om hvordan jeg skal opptre under hjemmebesøk.

Jeg vil ikke foreta noen formelle intervjuer av noen av de ansatte, men trolig dukker det opp spørsmål i tiden jeg er ved ditt arbeidslag. De spørsmålene vil jeg stille når det er muligheter for det. Kommentarer og innspill fra deg setter jeg også pris på.

Å delta er helt frivillig, og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi grunn. Jeg vil da ikke referere til det/de besøkene jeg har vært tilstede på. Dersom du ønsker å trekke deg, eller har noen spørsmål eller kommentarer, vil det være mulig å kontakte meg.

Informasjonen jeg mottar er strengt fortrolig og vil ikke under noen omstendigheter kunne komme ut til andre ansatte, brukere, ledere eller andre instanser. Materialet jeg samler inn vil heller ikke kunne brukes til annen forskning. Jeg vil ikke oppbevare navn, arbeidssted og andre identifiserbare opplysninger under prosessen, og dette vil også holdes skjult i oppgaven.

I ettertid vil oppgaven min være tilgjengelig ved ditt arbeidslag, slik at den kan brukes i arbeidet med utvikling av hjemmesykepleien.

Faglig ansvarlig for prosjektet er Reidun Norvoll, sykepleier, sosiolog og forsker ved SINTEF Helse (Stiftelsen for industriell og teknisk forskning). Hun kan kontaktes på telefon: 98 24 51 45.

Masterstudent Ragnhild Lerø skal utføre prosjektet og kan kontaktes på telefon: 92 22 37 19 eller e-post: [ragnhle@student.sv.uio.no](mailto:ragnhle@student.sv.uio.no)

## **Samtykkeerklæring til ansatt i hjemmesykepleien**

Jeg har mottatt informasjonsbrev om prosjektet «Relasjoner i hjemmesykepleien» og er villig til å delta.

Oslo,    /    2005

.....  
Deltaker i prosjekt

## **Vedlegg 4: Informasjonsbrev og samtykkeerklæring til brukere**

### **Forespørsel til mottaker av hjemmesykepleie om deltakelse i prosjekt om relasjoner i hjemmesykepleien**

Jeg studerer sosiologi ved Universitetet i Oslo, og skal i år skrive min masteroppgave. Det innebærer at jeg skal gjennomføre et prosjekt som jeg har valgt å kalle «Relasjoner i hjemmesykepleien». Hjemmesykepleien står i en særegen posisjon i forhold til at pleie skjer i den enkeltes hjem, og at relasjonene gjerne er langvarige. Derfor ønsker jeg å være med ansatte på besøk til mottakere og studere hvordan disse møtene foregår. Siden hjemmesykepleie er en viktig tjeneste for de som trenger hjelp, er det også viktig å få frem mer kunnskap om de daglige møtene mellom hjelpere og brukere. Slik kan hjemmesykepleien utvikles videre.

Jeg ønsker derfor å være med ansatte på deres besøk til brukere og studere hvordan disse møtene foregår. Mitt spørsmål til deg er om du som bruker av hjemmesykepleie kunne tenke deg å delta i dette prosjektet? Helt praktisk betyr det at jeg er tilstede og observerer en eller flere ganger mens du har besøk av en fra hjemmesykepleien. Jeg vil holde meg i bakgrunnen, men svarer gjerne på spørsmål hvis det er noe du lurer på. Det er viktig for meg å ikke virke forstyrrende, og at du ikke føler deg ukomfortabel.

Du har full mulighet til å sende meg ut under besøket, og du kan også bestemme om det er deler av besøket du ikke ønsker at jeg skal delta på.

Jeg har i tillegg tenkt å intervju noen mottakere av hjemmesykepleien, og jeg vil spørre deg dersom jeg ønsker dette. I intervjuet vil jeg bruke båndopptaker

dersom det ikke føles ukomfortabelt for deg. Intervjuet vil i stor grad handle om opplevelse av det å motta hjelp i hjemmet. Du har naturligvis full mulighet til å si nei til dette også.

Det er helt frivillig å delta i dette prosjektet og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi grunn. Jeg vil da ikke referere til det/de besøkene jeg har vært tilstede på. Dersom du ønsker å trekke deg, eller har noen spørsmål eller kommentarer i ettertid, vil det være mulig å kontakte meg. Hvis du ikke ønsker å delta vil det ikke få noen konsekvenser for ditt forhold til hjemmesykepleien.

Jeg har underskrevet taushetserklæring ved hjemmesykepleien. Informasjonen jeg mottar i prosjektet er strengt fortrolig og vil ikke under noen omstendigheter kunne komme ut til andre ansatte, mottakere av hjemmesykepleie, ledere eller andre instanser. Jeg har ingen formell tilknytning til arbeidsplassen annet enn godkjenning til å være tilstede. Oppgaven vil skrives på en slik måte at enkeltpersoner ikke skal kunne identifiseres. Navn, adresse og andre personlige opplysninger om deg vil ikke bli oppbevart noe sted. Dersom jeg har tatt opp på bånd under intervju vil dette også slettes ved prosjektets slutt, senest 31.mars 2006.

Faglig ansvarlig for prosjektet er Reidun Norvoll, sykepleier, sosiolog og forsker ved SINTEF helse (Stiftelsen for industriell og teknisk forskning). Hun kan kontaktes på telefon: 98 24 51 45.

Masterstudent Ragnhild Lerø skal utføre prosjektet og kan kontaktes på telefon: 92 22 37 19 eller e-post: [ragnhle@student.sv.uio.no](mailto:ragnhle@student.sv.uio.no).

## **Samtykkeerklæring til mottaker av hjemmesykepleie**

Jeg har mottatt informasjonsbrev om prosjektet «Relasjoner i hjemmesykepleien» og er villig til å delta.

Oslo,    /    2005

.....  
Deltaker i prosjekt



## Vedlegg 5: Intervjuguide til brukere

### INTERVJUGUIDE

#### Erfaringer fra begynnelsen

**Kan** du si litt om *situasjonen rundt* at du begynte å motta hjemmesykepleie?

**Kan** du huske *den første gangen*? **Hvordan** var det? **Når** var det?

**Gjør** de det samme nå som da de begynte?

#### Forhold til det å motta hjelp

**Kan** du si litt om hvordan du føler din situasjon i dag?

**Hva** tenker du om det å motta hjemmesykepleie?

**Hvordan** opplever du hjelp til stell?

**Føler** du at du har *blitt vant* til det?

**Har** du vært i situasjoner der du har opplevd *noe lignende* som hjemmesykepleie?

**Har** du måttet gjøre noen *endringer i hjemmet* ditt etter at hjemmesykepleien kom inn i bildet? Hjelpemidler eller ommøblering e.l.

**Føler** du at du kan be de om noe *ekstra*?

**Får** du nok hjelp?

#### Forholdet til de ansatte

**Hvordan** synes du de ansatte forholder seg til deg?

**Føler** du deg *respektert*?

**Skjer** det samme uavhengig av *hvem som kommer*? På samme måte?

**Hvilke** påvirkningsmuligheter har du til å bestemme hvordan besøket skal foregå?

**Hva** *snakker dere om* under besøkene? (Evt. Er det forskjellig etter hvem som kommer?)

**Vet du** hvem som er *sykepleiere* og hvem som er *ufaglærte*? Merker du forskjell?

Er det noen ganger det blir pinlig? Hvordan da?

**Hva** tenker du om *tidsbruken* til de som kommer? (Evt. Preger dette forholdet deres?)

**Har** du hatt noen *ubehagelige møter* med hjemmesykepleien? **Kan** du fortelle litt om det?

**Ga du** *tilbakemelding* om dette? **Gir du** tilbakemelding dersom noe ikke er som det skal? (Evt. Hvem sier du det til?)

**Føler du** at de som kommer her oppfører seg som om de er *profesjonelle eller venner*? Eller begge deler?

- På hvilken måte?

**Føler du** noen ganger at de tråkker over *private grenser*?

På hvilken måte?

Reagerer du?

**Er det** noen av de ansatte du føler deg nær *deg følelsesmessig* (Evt. Hvordan har dere blitt det? Hva skiller deres forhold fra forholdet til de andre?)? Hvordan blir forholdet deres i forhold til dine venner?

**Har du** hatt noen spesielt positive opplevelser i møte med hjemmesykepleien? (Evt. Kan du si noe om det?).

Hva tenker du om å få hjelp hjemme fremfor sykehjem eller en annen institusjonsplass?

**Avslutte intervjuet.**

Er det noe mer du ønsker å si om dette?

Er det noe du føler du ikke har fått svare på?

Takke for intervjuet....